

*L'aide médicale à mourir pour seule cause de maladie mentale : pourquoi une telle procédure n'est toujours pas légalisée au Canada, et comment s'y prendre pour sa légalisation?*

Par Céleste Perreault-Lévesque  
Programme de maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai présenté à Jean-Frédéric Ménard  
et soumis à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, Québec, en vue de l'obtention  
du grade de Maîtrise en droit

16 septembre 2020

© Céleste Perreault-Lévesque, 2020

## RÉSUMÉ

L'aide médicale à mourir est décriminalisée au Canada depuis plusieurs années maintenant. Or, l'aide médicale à mourir pour seule cause de maladie mentale demeure interdite. Le présent essai propose d'analyser la situation de l'aide médicale à mourir pour seule cause de maladie mentale, à travers l'historique jurisprudentiel et législatif canadien, ainsi que la situation étrangère, afin de comprendre pourquoi ce type d'aide médicale à mourir n'a pas été légalisé à ce stade-ci au Canada. En effet, malgré les propositions mises de l'avant par divers comités suivant l'arrêt *Carter* de la Cour suprême, le gouvernement fédéral a proposé une solution législative tout autre. Quant à la situation étrangère, les expériences néerlandaise et belge nous confirment qu'il est possible de légiférer sur le sujet, avec la mise en place de mesures de sauvegarde adéquates, sans pour autant observer la survenance d'une pente glissante.

Nous étudions ensuite les différentes mesures de sauvegarde pouvant être proposées dans une perspective de légalisation de l'aide médicale à mourir. Nous expliquons ensuite pourquoi, selon nous, l'aide médicale à mourir pour seule cause de maladie mentale devrait être légalisée au Canada, et les façons d'y arriver.

## ABSTRACT

Medical assistance in dying (MAID) has been legalized in Canada for several years. However, MAID where a mental disorder is the sole underlying medical condition remains forbidden. This essay analyses the situation involving MAID in the case of mental disorders in its many aspects, through previous case law and Canadian legislation as well as with an inquiry into international examples, in order to understand why this type of MAID still has not yet been legalized in Canada. In spite of several propositions being put forward by several committees following the Supreme Court's *Carter* decision, the federal government decided to put forward a legislative solution which overlooked these recommendations, therefore restricting the scope of MAID in Canada. In regards to international examples, we are of the opinion that the Dutch and Belgian experiences confirm that it is possible to implement legislation permitting MAID in the context of mental disorders, with the implementation of adequate and reasonable safeguards, without observing the occurrence of a "slippery slope".

We then review different safeguards which could be applied in the perspective of legalizing MAID in the context of mental disorders. We then argue why we are of the opinion that MAID where a mental disorder is the sole underlying medical condition should be legalized in Canada, and what path should be taken to do so.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	IV
I. INTRODUCTION.....	1
II. HISTORIQUE JURISPRUDENTIEL ET LÉGISLATIF AU CANADA : COMMENT NOUS EN SOMMES ARRIVÉS À CE STADE-CI.....	4
A. L'avènement de <i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> au Québec : une loi avant-gardiste .....	5
1. <i>La Commission spéciale sur la question de Mourir dans la dignité (ci-après « <b>Commission</b> »)</i> .....	6
2. <i>Les débats entourant l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie</i> .....	7
3. <i>La Loi concernant les soins de fin de vie</i> .....	8
B. La décriminalisation de l'AMM au Canada : L'arrêt <i>Carter</i> à travers les instances .....	9
1. <i>Carter v. Canada (Attorney General)</i> , 2012 BCSC 886 (ci-après « <b>Carter BCSC</b> ») .....	10
2. <i>Carter v. Canada (Attorney General)</i> , 2013 BCCA 435 (ci-après « <b>Carter BCCA</b> ») .....	13
3. <i>Carter c. Canada (Procureur général)</i> , 2015 CSC 5 (ci-après « <b>Carter 2015</b> ») .....	14
C. Une première interprétation des critères de <i>Carter 2015</i> : étude de la jurisprudence précédant l'adoption de la <i>Loi fédérale</i> .....	16
1. <i>E.F. v. Canada (Attorney General)</i> , 2016 ONSC 2790.....	17
2. <i>Canada (Attorney General) v. E.F.</i> , 2016 ABCA 155 .....	17
D. La réponse fédérale à <i>Carter 2015</i> : comment circonscrire l'admissibilité à l'AMM.....	21
1. <i>Les recommandations émises par les Comités créés en réponse à Carter 2015</i> .....	21
2. <i>Les débats entourant l'adoption du PL C-14 : justification des critères d'admissibilité ajoutés par le gouvernement fédéral</i> .....	27
3. <i>La Loi fédérale telle qu'adoptée</i> .....	32
E. L'inaction du gouvernement québécois suivant l'arrêt <i>Carter 2015</i> .....	34
F. La fin des critères de FDV et de MNRP : <i>Truchon et Gladu c. PGC et PGQ</i> .....	36
G. L'implication du jugement <i>Truchon</i> et de la déclaration d'inconstitutionnalité des critères de FDV et de MNRP .....	39
1. <i>La réponse fédérale au jugement Truchon : une consultation publique et le dépôt d'un projet de loi ressemblant étrangement au PL C-14</i> .....	40
2. <i>La réponse québécoise au jugement Truchon : une nouvelle réponse avant-gardiste, suivie d'un retour en arrière</i> .....	45
3. <i>Prolongation de la suspension de la prise d'effet de la décision Truchon en raison de la pandémie de COVID-19</i> .....	47
4. <i>Retour sur l'impact de la décision Truchon et les réactions gouvernementales</i> .....	48
H. Conclusion .....	48
III. ANALYSE DE LA SITUATION DE L'AMMP À L'EXTÉRIEUR DU CANADA : REGARD SUR LES PAYS-BAS ET LA BELGIQUE.....	49
A. La situation aux Pays-Bas : une myriade de mesures de sauvegarde .....	49
1. <i>Le point de départ de la légalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas</i> .....	49

2.	<i>Les mesures de sauvegarde supplétives à celles prévues dans la législation néerlandaise.....</i>	50
3.	<i>Recensement des cas psychiatriques et particularités.....</i>	51
4.	<i>Est-ce que des éléments portent à croire qu'il y a présence d'une pente glissante quant à l'euthanasie psychiatrique aux Pays-Bas?.....</i>	54
5.	<i>Conclusion quant aux Pays-Bas : absence de pente glissante et rareté des cas psychiatriques.....</i>	55
<b>B.</b>	<b>La situation en Belgique : cohésion malgré une loi laissant plus de place à l'interprétation des professionnels de la santé.....</b>	<b>55</b>
1.	<i>La légalisation de l'euthanasie en Belgique.....</i>	56
2.	<i>Les mesures de sauvegarde supplétives à celles prévues dans la législation belge.....</i>	57
3.	<i>Recensement des cas psychiatriques et particularités.....</i>	57
4.	<i>Est-ce que des éléments portent à croire qu'il y a présence d'une pente glissante quant à l'euthanasie psychiatrique en Belgique?.....</i>	59
5.	<i>Conclusion quant à la Belgique : absence d'une pente glissante malgré une interprétation plus large des critères d'admissibilité de la loi.....</i>	61
<b>IV.</b>	<b>ANALYSE DES MESURES DE SAUVEGARDE POTENTIELLES ET DES PERSPECTIVES DE MISE EN ŒUVRE ÉVENTUELLE DE L'AMMP AU CANADA.....</b>	<b>62</b>
<b>A.</b>	<b>Présentation des mesures de sauvegarde potentielles pouvant être utilisées dans le contexte de l'AMMP.....</b>	<b>65</b>
1.	<i>Une consultation additionnelle en psychiatrie.....</i>	66
2.	<i>Une approbation du cas par une table ronde, un comité ou un tribunal.....</i>	67
3.	<i>La participation de la famille et des proches.....</i>	69
4.	<i>Une approche à deux volets.....</i>	70
5.	<i>Une formation spécialisée pour les professionnels participant à l'AMMP.....</i>	70
6.	<i>Une période d'attente spécifique entre la demande et l'administration de l'AMM....</i>	71
7.	<i>L'obtention d'un consensus sur le caractère inutile de la poursuite des traitements..</i>	72
8.	<i>La déclaration et l'étude obligatoire des cas.....</i>	72
9.	<i>Un critère spécifique quant à la réflexion.....</i>	73
10.	<i>Un critère spécifique concernant la non-ambivalence de la décision.....</i>	74
11.	<i>Conclusion quant aux mesures de sauvegarde envisageables.....</i>	75
<b>B.</b>	<b>La légalisation de l'AMMP au Canada : la vraie réponse au jugement <i>Truchon</i>.....</b>	<b>76</b>
1.	<i>L'AMMP vis-à-vis les critères d'admissibilité actuels.....</i>	76
2.	<i>Conséquences d'une interdiction complète de l'AMMP.....</i>	81
3.	<i>La légalisation de l'AMMP sans mesures de sauvegarde additionnelles : possibilité ou mirage?.....</i>	82
4.	<i>Comparaison entre l'AMMP et les autres « perspectives » s'offrant aux gens souffrant d'une maladie mentale : refus de traitement et cessation d'alimentation et d'hydratation.....</i>	83
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>85</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>89</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Aide médicale à mourir

AMMP : Aide médicale à mourir pour seule cause de maladie mentale

ARCH : ARCH Disability Law Centre

CAC : Conseil des académies canadiennes

C.cr. : *Code criminel*

*Charte canadienne : Charte canadienne des droits et libertés*

Comité externe : Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada*

Comité mixte : Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir

Comité sénatorial : Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles

Commission : *Commission spéciale sur la question de Mourir dans la dignité*

Commission fédérale : *Commission fédérale de contrôle et d'évaluation*

Critère de MNRP : critère de mort naturelle raisonnablement prévisible

Critère de FDV : critère de fin de vie

CSFV : Commission sur les soins de fin de vie

CVHA : Cessation volontaire d'alimentation et d'hydratation

DMA : Directives médicales anticipées

GCE : Groupe consultatif d'experts

GCPTÉ : Groupe consultatif provincial territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir

Loi belge : *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*

Loi fédérale : *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*

Loi néerlandaise : *Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*

LSFV : *Loi concernant les soins de fin de vie*

MAID : Medical assistance in dying (formulation anglophone de l'AMM)

PGC : Procureur général du Canada

PL C-7 : Projet de loi C-7 : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*

PL C-14 : Projet de loi C-14 : *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*

PL 52 : Projet de loi n°52 : Loi concernant les soins de fin de vie

Quatrième rapport intérimaire : *Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*

RTE: Comités de révision régionaux

## I. INTRODUCTION

Au Canada, une personne sur cinq vit avec une problématique de santé mentale<sup>1</sup>. Les troubles mentaux peuvent survenir dans toutes les sphères de la population et dans tous les contextes socioéconomiques et démographiques<sup>2</sup>. Les troubles les plus répandus dans la population sont les troubles de l'humeur (incluant la dépression)<sup>3</sup>, les troubles d'anxiété généralisés<sup>4</sup> et les troubles neurocognitifs majeurs (ex. : démence liée à l'Alzheimer)<sup>5</sup>.

Le débat sur l'euthanasie s'insère dans un tel contexte. En effet, certaines maladies mentales ont un effet insurmontable dans la vie des gens, affectant toutes les sphères de leur vie et leur causant des douleurs insupportables.

La question de l'euthanasie ne laisse bien évidemment personne indifférent : il s'agit d'une question qui sollicite nos valeurs profondes, en tant qu'individus et en tant que sociétés. De nombreuses populations, au cours des dernières décennies, ont codifié l'euthanasie et ont légiféré à ce sujet. Au Canada, plus particulièrement au Québec, le débat a été apporté par des consultations publiques telles que la consultation « Mourir dans la dignité ». Il a ensuite été décidé de légiférer sur ce qu'on appelle maintenant « l'aide médicale à mourir » (ci-après « l'AMM »).

---

<sup>1</sup>INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services » (2012) 6 *Surveillance des maladies chroniques*, p. 1, en ligne : <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliService.s.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliService.s.pdf)>.

<sup>2</sup> Par contre, de nombreux types de troubles mentaux sont corrélés à différentes inégalités socioéconomiques, telles que la pauvreté et l'itinérance. Au Canada, il existe une prévalence des problématiques de santé mentale chez les femmes, les jeunes et les Autochtones. CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué: Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*, Ottawa, Conseil des académies canadiennes, 2018, p. 49, en ligne : <<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>>.

<sup>3</sup> En 2012, 12,6% des Canadiens âgés de 15 ans et plus répondaient aux critères de diagnostic d'un trouble de l'humeur. *Id.*, p. 50.

<sup>4</sup> En 2012, 8,7% des Canadiens âgés de 15 ans et plus répondaient aux critères de diagnostic d'un trouble d'anxiété généralisée. *Id.*

<sup>5</sup> En 2017, un rapport indiquait que 7,1% des personnes âgées de plus de 65 ans souffraient de démence. *Id.*

En 2015, suivant une longue saga judiciaire jusqu'en Cour suprême, l'AMM a été décriminalisée au Canada<sup>6</sup>. S'ensuivirent moult débats au sein de la société pour finalement aboutir à une loi fédérale légalisant une certaine forme d'aide médicale à mourir.

Suivant l'entrée en vigueur de la loi québécoise et de la loi fédérale, bon nombre d'experts et de citoyens ont commencé à se questionner sur l'élargissement de l'accès à l'AMM : devrions-nous l'accorder à des gens inaptes? Des gens souffrant de maladies autres, telles que des maladies dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible ou des maladies psychiatriques? Est-ce qu'on devrait la permettre chez les mineurs, les mineurs matures? Devrait-on pouvoir demander l'AMM au sein d'une directive médicale anticipée (ci-après « **DMA** »)? Ces questions reviennent fréquemment dans le débat public et dans des débats d'experts.

Le présent essai propose d'étudier la question suivante :

*Est-ce que l'AMM pour seule cause de maladie mentale devrait être permise au Canada? Et si oui, selon quelles modalités?*

Cette question est d'autant plus actuelle suivant la décision *Truchon*<sup>7</sup> rendue par l'honorable juge Baudoin de la Cour supérieure en septembre 2019. Tel que le présent essai le démontrera, cette décision ouvre la porte à légiférer sur l'AMM dans le contexte de la maladie psychiatrique (l'AMM pour seule cause de maladie mentale, ci-après « **AMMP** »). En réponse à la décision *Truchon*, le gouvernement fédéral a proposé un nouveau projet de loi, lequel prohibe explicitement l'AMMP. Du côté du Québec, le gouvernement souhaitait tout d'abord ne pas légiférer sur le sujet, laissant donc le critère de fin de vie disparaître et permettant l'AMMP selon les mêmes modalités : suivant la pression populaire, le gouvernement a fait volte-face<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, [Carter 2015], en ligne : <<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do>>.

<sup>7</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792, [Truchon], en ligne : <<http://canlii.ca/t/j2bzl>>.

<sup>8</sup> Ariane LACOURSIÈRE, « Aide médicale à mourir et santé mentale: Québec recule », *La Presse*, 27 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-27/aide-medical-a-mourir-et-sante-mentale-quebec-recule>>.



L'AMMP soulève plusieurs questions, considérant les particularités de la maladie mentale en tant que telles. Tout d'abord, il existe bon nombre de maladies psychiatriques et celles-ci ne sont pas du tout hétérogènes; en fait, des personnes ayant le même diagnostic peuvent ne pas avoir les mêmes symptômes<sup>9</sup>.

Considérant la nature hétérogène des caractères diagnostiques des maladies mentales, il est difficile d'appliquer un même traitement à tous les individus souffrant de la même maladie mentale<sup>10</sup>. L'efficacité des différents traitements est donc difficile à prédire, alors que la méthode la plus fréquemment utilisée pour trouver un traitement adéquat relève de l'essai et erreur systématique<sup>11</sup>.

Ensuite, il peut être difficile d'établir le pronostic d'un patient considérant la complexité et la particularité du traitement. Les maladies psychiatriques peuvent se retrouver sous différents schémas : elles peuvent être caractérisées par des périodes de rechute et de rétablissement (ex. : trouble bipolaire), des périodes de stabilité (ex. : déficience intellectuelle), un déclin progressif (ex. : démence) ou une imprévisibilité (ex. : la toxicomanie)<sup>12</sup>.

Malgré cela, la maladie psychiatrique demeure une maladie tout comme la maladie physique. Or, l'AMM semble être le seul soin n'étant pas offert aux gens souffrant d'une maladie psychiatrique, et ce en raison du type de maladie dont ils souffrent, peu importe leur aptitude à consentir. Le présent essai cherchera à comprendre pour quelles raisons le législateur fédéral a décidé de ne pas légiférer sur le sujet et à démontrer que le gouvernement fait fausse route en interdisant complètement un tel soin.

Le présent essai propose tout d'abord l'étude de l'historique jurisprudentiel et législatif canadien, ayant comme point de départ l'arrêt *Carter* de la Cour suprême en 2015<sup>13</sup>. Cette section analysera la jurisprudence suivant cet arrêt, sous l'angle de la maladie psychiatrique. Viendra ensuite l'étude du cheminement législatif provincial et fédéral, dans lequel on peut observer les raisons pour

---

<sup>9</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2.

<sup>10</sup> *Id.*, p. 44.

<sup>11</sup> *Id.*

<sup>12</sup> *Id.*, p. 41.

<sup>13</sup> *Carter 2015*, préc., note 6.

lesquelles les paliers du gouvernement ont cru bon de ne pas légiférer sur l'AMMP, autant suivant l'arrêt *Carter* que suivant l'arrêt *Truchon*.

Dans un troisième temps, notre analyse portera sur deux juridictions étrangères dans lesquelles l'AMMP est permise : les Pays-Bas et la Belgique. Cette analyse aura pour objectif de faire ressortir l'expérience de ces deux législations dans le contexte de l'AMMP. Quelles mesures de sauvegarde sont employées? Combien de cas d'AMMP ont lieu? Y a-t-il des éléments démontrant de l'abus ou une « pente glissante » quant à ces cas?

Finalement, nous entreprendrons une analyse de la situation canadienne actuelle, et plus particulièrement des mesures de sauvegarde qui pourraient être mises en œuvre dans l'éventualité où l'AMMP serait permise. Cette section recueillera également notre opinion concernant la légalisation de l'AMMP au Canada, à savoir pourquoi l'AMMP devrait être légalisée et de quelle manière.

## **II. HISTORIQUE JURISPRUDENTIEL ET LÉGISLATIF AU CANADA : COMMENT NOUS EN SOMMES ARRIVÉS À CE STADE-CI**

Les développements des dernières années au Canada quant à l'AMM sont le fruit de plusieurs années de débats à plusieurs niveaux au sein de la société. L'arrêt *Rodriguez*<sup>14</sup> de la Cour suprême a jeté les bases du débat, alors que la question du suicide assisté était abordée. S'ensuivit l'arrêt *Carter*<sup>15</sup> de la Cour suprême, lequel légalisa l'AMM en 2015.

Il est important de se rappeler que préalablement à la décriminalisation de l'AMM au Canada, certains Canadiens décidaient tout de même de choisir la façon et le moment de leur décès : soit en refusant des soins qui les maintenaient en vie, ou en procédant à une cessation volontaire d'alimentation et d'hydratation<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 519 RCS.

<sup>15</sup> *Carter 2015*, préc., note 6.

<sup>16</sup> Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Robert P. KOURI et Pauline LESAGE-JARJOURA, « Le consentement restreint et le refus de traitement », dans *Éléments de responsabilité médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM22, par. 229 (La référence).

De son côté, le Québec n’a pas attendu le jugement de la Cour suprême avant de se lancer dans des consultations et finalement dans la création de sa propre législation.

Suivant l’arrêt *Carter*, le gouvernement fédéral n’a pas eu d’autre choix que de lancer des consultations sur l’AMM, en se positionnant sur les situations dans lesquelles celle-ci serait permise. L’AMMP fut alors clairement écartée, notamment avec le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible (ci-après « **critère de MNRP** »).

L’arrêt *Truchon*<sup>17</sup>, en septembre 2019, a déclaré inconstitutionnel ce critère, ainsi que celui de fin de vie au niveau provincial. Des modifications législatives furent ensuite proposées, avec la promesse d’étudier la question de l’AMMP dans un avenir rapproché.

Or, le contexte de maladie mentale a déjà été étudié à plusieurs reprises, notamment dans le cadre des consultations suivant l’arrêt *Carter* et dans le cadre de la preuve présentée devant les tribunaux. La prochaine section abordera les différentes prises de position des instances quant à cette question.

#### **A. L’avènement de *Loi concernant les soins de fin de vie* au Québec : une loi avant-gardiste**

L’angle choisi pour aborder la question de l’aide médicale à mourir au Québec était celui de la « fin de vie ». En effet, dès le début, il fut proposé d’encadrer ce soin dans la gamme de soins et services offerts à la fin de la vie<sup>18</sup>.

Le choix du législateur résulte du raisonnement suivant : au moment où le débat législatif a eu lieu au Québec, l’euthanasie était toujours illégale au Canada, et ce conformément à l’article 241 du *Code criminel* (ci-après « **C.cr.** »)<sup>19</sup>. Si le Québec voulait légiférer en la matière, l’AMM devait être considérée comme étant un soin afin de se retrouver dans le champ de compétence provincial concernant la santé et les services sociaux<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> *Truchon*, préc., note 7.

<sup>18</sup> Aux côtés de la sédation palliative et des soins palliatifs.

<sup>19</sup> *Code criminel*, L.C. 1985, c. C-46.

<sup>20</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L’aide médicale à mourir pour les personnes en situation d’inaptitude: le juste équilibre entre le droit à l’autodétermination, la compassion et la prudence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, p. 26, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437/>>.

Le débat sur l'AMM fut lancé par les réflexions du Collège des médecins au sujet des soins de fin de vie. Le CMQ a rendu publics deux rapports, en 2008 et 2009, concernant l'euthanasie en tant que soin pouvant être offert dans la gamme des soins palliatifs<sup>21</sup>. Ce faisant, le CMQ conclut qu'il existe des situations où l'euthanasie pourrait être considérée comme faisant partie d'une « étape ultime » des soins palliatifs, afin de conserver des soins palliatifs de qualité<sup>22</sup>. Le CMQ explique qu'avec l'avancée des soins en fin de vie, certains patients pourraient vouloir prévenir un acharnement thérapeutique sur leur personne en ayant recours à l'euthanasie<sup>23</sup>. À ce moment-là, un tel désir se butait au C.cr. et le CMQ constate que cette interdiction n'a aucun rapport avec les soins; elle empêche qu'un soin puisse être prodigué aux patients, dans des situations exceptionnelles, où des patients seraient aux prises de douleurs et de souffrances intolérables<sup>24</sup>. Le CMQ invite donc la population et les autorités à poursuivre le débat sur l'euthanasie, spécifiquement sous l'angle de la fin de vie<sup>25</sup>.

1. *La Commission spéciale sur la question de Mourir dans la dignité (ci-après « **Commission** »)*<sup>26</sup>

La Commission a été mise sur pied à la fin de l'année 2009, et elle avait alors pour mandat d'étudier la question de la fin de vie, comprenant les soins palliatifs, les volontés anticipées des personnes en fin de vie ainsi que l'euthanasie<sup>27</sup>.

Puisque la Commission n'étudiait que la question de la fin de vie, la santé mentale ne fut qu'abordée relativement à la question de savoir si les gens en fin de vie pourraient demander

---

<sup>21</sup> GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, Collège des médecins du Québec, 2008, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropries-au-debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf>>; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie: Document de réflexion*, Collège des médecins du Québec, 2009, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-10-01-fr-medecin-soins-appropries-debat-euthanasie.pdf>>.

<sup>22</sup> GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE, préc., note 21, p. 8.

<sup>23</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, préc., note 21, p. 2.

<sup>24</sup> *Id.*

<sup>25</sup> *Id.*, p. 7.

<sup>26</sup> QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Commission spéciale Mourir dans la dignité: Rapport*, Assemblée Nationale du Québec, Rapport de la Commission spéciale Mourir dans la dignité, mars 2012, en ligne : <<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2103522>>.

<sup>27</sup> *Id.*

l'AMM de façon libre et éclairée. Les membres de la Commission étaient d'avis que des patients souffrant de problématiques de santé mentale puissent obtenir l'AMM, alors que de tels patients sont considérés comme étant capables de consentir ou de refuser des soins, même si un tel refus entraîne le décès du patient<sup>28</sup>.

## 2. *Les débats entourant l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie*

Dès la présentation du projet de loi 52<sup>29</sup> (ci-après « **PL 52** ») par Mme Véronique Hivon, ministre déléguée aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, aucune mention n'est faite quant à la question des maladies mentales<sup>30</sup>.

Dans le cadre du cheminement du PL 52, des consultations particulières et auditions publiques ont eu lieu. Dans le cadre de celles-ci, le docteur Yves Robert, président du CMQ, aborde la question de la maladie mentale alors qu'il traite de commentaires de certains psychiatres affirmant que certaines maladies mentales, avec la définition proposée dans le PL 52, pourraient être admissibles lorsque la mort n'est pas imminente. Le Dr Robert confirme alors qu'ils ne seraient en aucun cas admissibles, puisqu'on traite spécifiquement et uniquement des cas où la mort est imminente<sup>31</sup>.

Suivant l'allocution du Dr Robert et la présentation du mémoire du CMQ, le député de Jean-Talon, Yves Bolduc, confirme que la notion de temps devra être spécifiée puisque l'objectif est effectivement que les gens souffrant d'une maladie mentale, comme la schizophrénie, par exemple, ne puissent pas obtenir l'AMM<sup>32</sup>. Mme Hivon affirme que la loi ne s'applique qu'aux cas de fin de vie : l'article 26 du PL 52 fait en sorte que les gens qui souffrent d'une maladie mentale,

---

<sup>28</sup> *Id.*, p. 59.

<sup>29</sup> *Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi n°52 (présentation - 12 juin 2013), 1<sup>re</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis. (Qc.), en ligne : <<http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html>>.

<sup>30</sup> QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de l'Assemblée*, 1<sup>re</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis, 12 juin 2013, « Présentation de projets de loi – Projet de loi n°52 », p. 4026, en ligne : <[http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/40-1/journal-debats/20130612/85513.html#\\_Toc358894662](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/40-1/journal-debats/20130612/85513.html#_Toc358894662)> (Mme Véronique Hivon).

<sup>31</sup> QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1<sup>re</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis., 17 septembre 2013, « Consultations particulières sur le projet de loi n°52 – *Loi concernant les soins de fin de vie* », 10h50, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-40-1/journal-debats/CSSS-130917.html>> (M. Yves Robert).

<sup>32</sup> *Id.*, 11h10, (M. Yves Bolduc).

mais qui ne sont pas en fin de vie, n'ont pas accès à l'AMM, et ce peu importe s'ils souffrent d'une maladie très grave<sup>33</sup>. Suivant des propos d'une telle clarté, l'aspect de la santé mentale n'est plus abordé par la suite.

### 3. *La Loi concernant les soins de fin de vie*

La *Loi concernant les soins de fin de vie* (ci-après « **LSFV** »)<sup>34</sup>, telle qu'entrée en vigueur le 10 décembre 2015, ne prévoit pas expressément d'AMM dans les cas de maladie mentale. Les critères de fin de vie (ci-après « **critère de FDV** ») ainsi que de « maladie grave et incurable » font en sorte que de tels cas ne sont pas considérés comme étant admissibles. Un patient souffrant d'une maladie mentale demeure tout de même admissible à l'AMM s'il remplit les critères d'admissibilité et que la maladie mentale n'a pas d'impact sur son aptitude à consentir.

En effet, la LSFV prévoit, à l'article 26, les critères d'admissibilité à l'AMM :

- Être assuré selon la *Loi sur l'assurance maladie*;
- Être majeur et apte à consentir aux soins;
- Être en fin de vie;
- Être atteint d'une maladie grave et incurable;
- Avoir une situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables qui ne peuvent être apaisées dans des conditions jugées comme étant tolérables.

La LSFV prévoit également qu'une personne peut retirer sa demande d'AMM à tout moment<sup>35</sup>. La LSFV prévoit notamment les mesures de sauvegarde suivantes relativement à l'administration de l'AMM<sup>36</sup> :

- Le médecin doit être d'avis que le patient satisfait à toutes les conditions de l'article 26;
- Le médecin doit informer le patient de son pronostic, des possibilités thérapeutiques possibles et de leurs conséquences;

<sup>33</sup> *Id.*, 11h40, (Mme Véronique Hivon).

<sup>34</sup> *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ c S-32.0001 [LSFV], en ligne : <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>>.

<sup>35</sup> *Id.*, art. 48.

<sup>36</sup> *Id.*, art. 29.

- Le médecin doit obtenir l'avis d'un second médecin, lequel confirme le respect des conditions de l'article 26<sup>37</sup>.

La LSFV prévoit la constitution de la Commission sur les soins de fin de vie (ci-après « **CSFV** »), laquelle est chargée de toute question relative aux soins de fin de vie<sup>38</sup>.

La LSFV prévoit donc des balises permettant l'accès à l'AMM pour une certaine partie de la population. Par contre, force est de constater que l'AMM en cas de maladie mentale n'est pas considérée, considérant les critères explicites de la loi.

#### 4. Conclusion quant à la situation québécoise avant *Carter*

Ainsi, il appert que le Québec a été un pionnier de l'AMM au Canada avec les débats sociétaux qui ont eu lieu, ainsi que l'adoption de la LSFV. Cette loi était toutefois timide, considérant que l'AMM n'avait toujours pas été décriminalisée au moment de la rédiger. L'AMM dans le contexte de la maladie psychiatrique n'était donc pas au menu à ce moment; il aurait été souhaitable que le Québec saisisse la balle au bond, suivant l'adoption de la LSFV, pour poursuivre son cheminement, notamment suivant l'arrêt *Carter* de la Cour suprême dont il sera fait mention dans la prochaine section.

#### B. La décriminalisation de l'AMM au Canada : L'arrêt *Carter* à travers les instances

Dans l'arrêt *Carter*, les demandereses, Gloria Taylor et Kay Carter, contestent la prohibition du suicide assisté à l'article 241 b) du C.cr.. Elles plaident que cette prohibition va à l'encontre des droits fondamentaux prévus par les articles 7 (droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne)<sup>39</sup> et 15 (droit à l'égalité)<sup>40</sup> de la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après « **Charte canadienne** »)<sup>41</sup>. Bien qu'elles ne présentent pas de conditions psychiatriques, l'AMMP est amplement abordée dans la preuve.

<sup>37</sup> *Id.*, art. 29.

<sup>38</sup> Elle est notamment responsable de la surveillance de l'administration de l'AMM à travers le Québec. *Id.*, art. 42.

<sup>39</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)], art 7.

<sup>40</sup> *Id.*, art. 15.

<sup>41</sup> *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886, [*Carter BCSC*], en ligne : <<http://canlii.ca/t/frpws>>.

Les trois arrêts *Carter* sont très importants puisque les tribunaux, à chaque instance, ont eu la chance d'étudier une preuve étoffée relativement à l'AMM et aux différentes possibilités s'offrant au Canada. Malgré la preuve présentée, notamment en ce qui concernait l'expérience étrangère, la juge de première instance, ainsi que les juges de la Cour suprême ont jugé en faveur de la décriminalisation de l'AMM. Ils ont ainsi proposé des critères minimaux pour que les Canadiens aient accès à l'AMM.

1. *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886 (ci-après « **Carter BCSC** »)<sup>42</sup>

Pour l'essentiel, le procureur général du Canada (ci-après « **PGC** ») s'oppose à la requête des demanderesses en indiquant qu'il n'y a aucune raison de déroger à l'arrêt *Rodriguez*, lequel confirmait, en 1993, que l'article 241 b) du C.cr. était constitutionnel. De plus, le PGC conteste la demande en affirmant que celle-ci vise non pas les individus souffrant de maladies terminales, mais plutôt les individus souffrant de maladies « graves et irrémédiables »<sup>43</sup>; le PGC est également d'avis que la protection contre une mort prématurée ne va pas à l'encontre aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la population.

a. La preuve présentée devant la Cour

La juge Smith, de la Cour suprême de la Colombie-Britannique, étudie tout d'abord la preuve présentée quant à l'éthique et les pratiques de fin de vie. Elle retient essentiellement que la prépondérance de la preuve soumise par les éthiciens indique qu'il n'y a pas de distinction éthique entre l'AMM et d'autres pratiques de fin de vie dont l'issue est vraisemblablement la mort<sup>44</sup>.

La preuve de l'expérience étrangère quant à l'euthanasie est ensuite étudiée. Cette preuve a été exhaustive, en ce que le PGC arguait que la prohibition totale de l'AMM était la seule façon de protéger les populations vulnérables d'une erreur; ces populations étant dites vulnérables considérant leurs circonstances propres<sup>45</sup>. Les demanderesses n'étaient évidemment pas du

---

<sup>42</sup> *Id.*

<sup>43</sup> *Id.*, par. 30.

<sup>44</sup> *Id.*, par. 335.

<sup>45</sup> *Id.*, par. 359.



même avis, indiquant plutôt que la preuve de l'expérience étrangère démontre qu'il est possible d'utiliser des mesures de sauvegarde afin d'empêcher certains groupes d'obtenir l'AMM<sup>46</sup>.

La preuve étrangère a traité de plusieurs régions. Plusieurs études démontrant qu'aucun des patients ayant obtenu l'aide au suicide, en Oregon notamment, ne souffrait de dépression majeure<sup>47</sup>. En ce qui concerne les Pays-Bas, des études ont également été présentées quant à la possibilité d'une pente glissante aux Pays-Bas : ces études démontrent que le système en place, lequel repose sur des réflexions approfondies entre les médecins et les patients, font en sorte qu'il n'y a pas de perspective d'abus<sup>48</sup>.

Au terme de son analyse de la preuve, la juge retient particulièrement les constats d'un expert concernant l'accès à l'AMM des populations vulnérables en Oregon et aux Pays-Bas, laquelle mentionne que le taux d'euthanasie en Oregon et aux Pays-Bas ne démontre aucune évidence d'un risque accru pour les groupes vulnérables, tels que les gens souffrant d'une déficience physique ou mentale, comparativement à la population générale<sup>49</sup>.

Le Tribunal a ensuite étudié l'efficacité des mesures de sauvegarde observées dans les autres juridictions. On retient de la preuve que les mesures de sauvegarde fonctionnent plutôt bien, et qu'aux Pays-Bas notamment, l'adhésion aux mesures de sauvegarde s'améliore continuellement<sup>50</sup>.

Le PGC argue qu'il existe un risque de mort prématurée en lien avec le suicide assisté, et ce malgré l'implantation de mesures de sauvegarde, et que la seule façon de les empêcher est de maintenir la prohibition absolue du suicide assisté<sup>51</sup>. La juge retient notamment que le risque peut être minimisé avec l'évaluation de la compétence et du consentement de l'individu à l'euthanasie. Elle conclut que la preuve présentée révèle que les médecins sont capables d'évaluer la capacité

---

<sup>46</sup> *Id.*, par. 360.

<sup>47</sup> *Id.*, par. 433 et 440.

<sup>48</sup> *Id.*, par. 488, 490 et 493.

<sup>49</sup> *Id.*, par. 626.

<sup>50</sup> *Id.*, par. 656.

<sup>51</sup> *Id.*, par. 748.

décisionnelle des patients avec un haut degré de fiabilité, et ce même en présence de déficiences cognitives ou de dépression<sup>52</sup>.

Suivant son analyse des risques, la juge conclut qu'il existe effectivement des risques inhérents à la légalisation de l'euthanasie, mais que ceux-ci peuvent être identifiés et minimisés avec un système, comprenant des mesures de sauvegarde, lequel sera appliqué et surveillé scrupuleusement<sup>53</sup>.

#### b. Raisonement juridique

Suivant son analyse sous l'article 15 de la *Charte canadienne*, la juge conclut que les articles de loi contestés créent une distinction basée sur la déficience physique, alors que les personnes atteintes de déficiences n'ont pas accès à l'aide physique leur permettant de se suicider, alors que les personnes n'ayant pas de déficience n'ont pas besoin d'une telle aide<sup>54</sup>. La juge conclut ensuite qu'une telle discrimination ne passe pas le test de l'atteinte minimale de l'article 1 de la *Charte canadienne*; les effets bénéfiques de la loi sont largement surpassés par les effets néfastes de celle-ci<sup>55</sup>.

Quant à l'article 7 de la *Charte canadienne*, la juge conclut que les droits à la liberté et à la sécurité de Mme Taylor ont été brimés et que le droit à la liberté de M. Johnson et de Mme Carter est également atteint<sup>56</sup>. Quant au droit à la vie, la juge est d'avis que ce droit est atteint, car l'interdiction d'aide au suicide a comme effet de pousser certaines personnes à mettre un terme à leur vie prématurément, alors qu'ils auraient continué de vivre s'ils avaient accès à la mort assistée par un médecin<sup>57</sup>.

La juge conclut que les atteintes à l'article 7 de la *Charte canadienne* ne sont pas en accord avec les principes de justice fondamentale<sup>58</sup>. En fin de compte, la juge conclut que les atteintes à l'article 7 de la *Charte canadienne* ne passent pas le test de l'article 1 de la *Charte canadienne*<sup>59</sup>.

---

<sup>52</sup> *Id.*, par. 795.

<sup>53</sup> *Id.*, par. 883.

<sup>54</sup> *Id.*, par. 1158.

<sup>55</sup> *Id.*, par. 1285.

<sup>56</sup> *Id.*, par. 1304.

<sup>57</sup> *Id.*, par. 1322.

<sup>58</sup> *Id.*, par. 1371 et 1378.

<sup>59</sup> *Id.*, par. 1383.

Au terme de son analyse, la juge rend deux ordonnances déclaratoires considérant les violations démontrées aux articles 7 et 15 de la *Charte canadienne*.

Les ordonnances déclaratoires prévoient que l'AMM pourrait ainsi être prodiguée par un médecin dans le contexte d'une relation médicale, selon les conditions suivantes :

- Le patient doit être un adulte pleinement informé, compétent et non ambivalent;
- Il doit être libre de toute influence indue;
- Il ne doit pas souffrir de dépression clinique;
- Il doit lui-même demander l'AMM (et non à travers un consentement substitué);
- Il doit souffrir d'une déficience physique matérielle, ou il doit avoir une condition faisant en sorte qu'il le deviendra bientôt;
- Il doit avoir reçu un diagnostic, de la part d'un médecin, d'une maladie, affection ou déficience sévère (incluant une déficience survenant suivant une blessure traumatique);
- Il doit être dans un état de déclin avancé de ses capacités sans chance d'amélioration;
- Il doit souffrir d'une maladie laquelle est sans remède, tel que déterminé selon les options de traitements acceptables au patient;
- Il doit souffrir d'une maladie lui causant des souffrances physiques ou psychologiques qui lui sont intolérables et qui ne peuvent pas être atténuées par un traitement médical qui lui est acceptable<sup>60</sup>.

L'effet de ces déclarations est ensuite suspendu pour une période d'une année<sup>61</sup>. Une exemption constitutionnelle est accordée pour Mme Taylor afin qu'elle puisse obtenir l'AMM pendant cette période<sup>62</sup>.

2. *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435 (ci-après « **Carter BCCA** »)<sup>63</sup>

Les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada ont interjeté appel du jugement de première instance. Le PGC affirme que la juge de première instance a erré en concluant à la violation des articles 7 et 15 de la *Charte canadienne*; le PGC affirme également que la juge de

<sup>60</sup> *Id.*, par. 1393.

<sup>61</sup> *Id.*, par. 1399.

<sup>62</sup> *Id.*, par. 1414.

<sup>63</sup> *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435 [*Carter BCCA*], en ligne : <<http://canlii.ca/t/g0x9p>>.

première instance aurait dû conclure que l'affaire portée devant elle avait déjà été décidée par l'affaire *Rodriguez*<sup>64</sup>.

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique, à la majorité, a accueilli l'appel en affirmant que la juge de première instance devait suivre les enseignements de la décision *Rodriguez*<sup>65</sup>. Les juges de la Cour d'appel affirment qu'ils sont tenus par le principe du *stare decisis*<sup>66</sup>. L'appel est donc accueilli.

Les juges de la Cour d'appel concluent en indiquant que si la constitutionnalité de l'article 241 du C.cr. doit être débattue et qu'un remède doit être trouvé, ceci relève de la Cour suprême, alors qu'une telle décision ne relève pas de la cour de première instance ni de la Cour d'appel<sup>67</sup>.

### 3. *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5 (ci-après « **Carter 2015** »)<sup>68</sup>

Dans un jugement historique, la Cour suprême a donné raison à la juge Smith et a annulé, à l'unanimité, les dispositions du C.cr. interdisant le suicide assisté. Ce faisant, la Cour suprême a édicté les critères minimaux auxquels le nouveau régime d'AMM devait correspondre.

Ainsi, la Cour suprême confirme que la juge de première instance avait raison de dire qu'elle pouvait réexaminer les arguments concernant l'article 15 de la *Charte canadienne* puisqu'on était en présence de faits complètement différents que dans le cas de *Rodriguez*<sup>69</sup>. Les juges de la Cour suprême se questionnent ensuite à savoir si la prohibition de l'AMM porte atteinte aux droits prévus par l'article 7 de la *Charte canadienne*, soit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. En ce qui concerne le droit à la vie, les juges de la Cour suprême expriment que celui-ci inclut la question du passage à la mort, et qu'il n'existe pas d'« obligation de vivre »; la prohibition va donc à l'encontre du droit à la vie<sup>70</sup>. Quant aux droits à la liberté et à la sécurité, les juges sont d'avis que la prohibition prive des gens gravement malades de prendre des décisions

---

<sup>64</sup> *Id.*, par. 3.

<sup>65</sup> *Id.*, par. 324.

<sup>66</sup> *Id.*, par. 346.

<sup>67</sup> *Id.*, par. 352.

<sup>68</sup> *Carter 2015*, préc., note 2.

<sup>69</sup> *Id.*, par. 48.

<sup>70</sup> *Id.*, par. 63.

quant à leur intégrité, les privant ainsi de leur liberté; en forçant des gens gravement malades à subir des souffrances qu’elles considèrent comme étant intolérables, on porte atteinte au droit à la sécurité de la personne<sup>71</sup>.

Les juges considèrent ensuite qu’une telle prohibition a une portée excessive<sup>72</sup>. Ils affirment que l’objet de la prohibition est « (...) d’empêcher que les personnes vulnérables soient incitées à se suicider dans un moment de faiblesse »<sup>73</sup>. Or, les juges de la Cour suprême sont d’avis que la prohibition totale emporte un impact sur des individus qui ne sont pas visés par cet objectif<sup>74</sup>. La Cour suprême conclut ainsi que la prohibition totale viole l’article 7 de la *Charte canadienne*.

La Cour traite ensuite des arguments du PGC concernant la faisabilité des mesures de sauvegarde, alors que le PGC énumère les risques posés par une légalisation de l’AMM et affirme qu’une prohibition absolue est nécessaire puisqu’il est impossible de déterminer qui est une personne vulnérable<sup>75</sup>.

La Cour suprême ne donne pas raison aux arguments du Canada et confirme les conclusions de la juge de première instance; la Cour suprême rappelle qu’une évaluation individuelle de la vulnérabilité des patients est exercée par les professionnels de la santé<sup>76</sup>. Ainsi, la Cour suprême confirme que les médecins sont capables d’évaluer la capacité décisionnelle des patients de façon diligente, tout en gardant en tête la gravité de la décision qui est à prendre par celui-ci<sup>77</sup>.

La Cour suprême confirme les conclusions de la juge de première instance selon laquelle il est possible d’établir un régime d’AMM comprenant un « (...) un système de garanties soigneusement conçu et surveillé (...) »<sup>78</sup> afin de circonscrire les risques qui y sont associés<sup>79</sup>.

---

<sup>71</sup> *Id.*, par. 66.

<sup>72</sup> *Id.*, par. 86.

<sup>73</sup> *Id.*

<sup>74</sup> *Id.*

<sup>75</sup> *Id.*, par. 114.

<sup>76</sup> *Id.*, par. 116.

<sup>77</sup> *Id.*

<sup>78</sup> *Id.*, par. 117.

<sup>79</sup> *Id.*, para 117.

Ainsi, la Cour suprême arrive à la conclusion que la prohibition de l'AMM porte atteinte aux droits prévus à l'article 7 de la *Charte canadienne*<sup>80</sup>.

La Cour suprême affirme ensuite que la réparation appropriée serait la suivante :

[127] La réparation appropriée consiste donc en un jugement déclarant que l'al. 241b et l'art. 14 du *Code criminel* sont nuls dans la mesure où ils prohibent l'aide d'un médecin pour mourir à une personne adulte capable qui (1) consent clairement à mettre fin à sa vie; et qui (2) est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables (y compris une affection, une maladie ou un handicap) lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition. Il convient d'ajouter que le terme « irrémédiable » ne signifie pas que le patient doive subir des traitements qu'il juge inacceptables. Cette déclaration est censée s'appliquer aux situations de fait que présente l'espèce. Nous ne nous prononçons pas sur d'autres situations où l'aide médicale à mourir peut être demandée.<sup>81</sup> (nos soulignés)

La prise d'effet de cette déclaration d'invalidité est ensuite suspendue pour une période de 12 mois<sup>82</sup>.

Ainsi, au terme de cette saga judiciaire, la Cour suprême a clairement édicté les critères selon lesquels l'AMM devait minimalement être permise au Canada. La Cour suprême donnait donc un délai de 12 mois au gouvernement fédéral pour qu'une modification législative soit proposée et adoptée.

### C. Une première interprétation des critères de *Carter 2015* : étude de la jurisprudence précédant l'adoption de la *Loi fédérale*

Le 15 janvier 2016, suivant une demande du PGC, la Cour suprême a octroyé au gouvernement fédéral une extension de 4 mois de la suspension de la prise d'effet des conclusions du jugement *Carter 2015* (ci-après « **Carter 2016** »)<sup>83</sup>. Ce faisant, la Cour suprême a toutefois octroyé deux exemptions constitutionnelles : la première aux personnes qui étaient admissibles à l'AMM en

<sup>80</sup> *Id.*, par. 126.

<sup>81</sup> *Id.*, par. 127.

<sup>82</sup> *Id.*, par. 128.

<sup>83</sup> *Carter c. Canada (Procureur général)*, 2016 CSC 4, [*Carter 2016*], en ligne : <<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/15696/index.do>>.

vertu du paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015*. La seconde exemption est relativement à la situation au Québec, considérant le corpus législatif en vigueur dans cette province<sup>84</sup>.

Pendant cette période, les personnes satisfaisant les critères du paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015* devaient s'adresser à la cour supérieure de leur province afin d'avoir accès à l'AMM. Quinze décisions judiciaires émanent de cette période<sup>85</sup>. Bien que tous les individus demandant l'AMM à ce moment-là étaient affectés d'une maladie physique, deux décisions ont traité de la question de la maladie psychiatrique.

1. *E.F. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2790<sup>86</sup>

E.F. est une dame âgée de 80 ans souffrant d'un cancer du rein métastatique. E.F. est suivie par un thérapeute du deuil depuis 2015 et elle lui a fait part de son intention de demander l'AMM; elle en a également discuté avec un psychiatre spécialisé en gériatrie<sup>87</sup>. Ce psychiatre a procédé à de multiples évaluations de la capacité décisionnelle d'E.F. et il est d'avis que celle-ci est apte à prendre une telle décision, que son choix est libre et éclairé<sup>88</sup>. Au terme d'une analyse de la preuve présentée devant lui, le juge conclut qu'E.F. satisfait aux critères d'admissibilité à l'AMM<sup>89</sup> et il rend une ordonnance lui permettant d'obtenir l'AMM.

2. *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155<sup>90</sup>

E.F. est une femme âgée de 58 ans souffrant de douleurs chroniques insoutenables en lien avec un trouble de conversion sévère, qualifié comme étant un trouble de mouvements psychogènes<sup>91</sup>.

---

<sup>84</sup> *Id.*, par. 6.

<sup>85</sup> *A.A. (Re)*, 2016 BCSC 570 ; *A.B. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 1912 ; *A.B. v. Ontario (Attorney General)*, 2016 ONSC 2188 ; *C.D. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2431 ; *E.F. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2790 ; *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155 ; *H.H. (Re)*, 2016 BCSC 971 ; *Hs (Re)*, 2016 ABQB 121 ; *I.J. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3380 ; *M.N. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3346 ; *O.P. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3956 ; *Patient v. Attorney General of Canada et al.*, 2016 MBQB 63 ; *Patient 0518 v. RHA 0518, Physician A0518 and Physician C0518*, 2016 SKGB 176 ; *Tuckwell (Re)*, 2016 ABQB 302 ; *W.V. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2302.

<sup>86</sup> *E.F. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2790, en ligne : <<http://canlii.ca/t/gpq51>>.

<sup>87</sup> *Id.*, par. 10.

<sup>88</sup> *Id.*, par. 11-12.

<sup>89</sup> *Id.*, par. 15.

<sup>90</sup> *Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155, en ligne : <<http://canlii.ca/t/grqkg>>.

<sup>91</sup> Trouble caractérisé par la présence de mouvements involontaires causés par un état psychiatrique anormal, et non par une maladie physique. Elizabeth L. PECKHAM et Mark HALLETT, « Psychogenic Movement

La maladie dont souffre E.F. est considérée comme étant une maladie psychiatrique; la preuve révèle toutefois qu'elle conserve sa capacité décisionnelle et qu'elle est apte à donner un consentement libre et éclairé à l'AMM. E.F. témoigne ne pas être suicidaire ou déprimée, et la preuve le confirme<sup>92</sup>.

En première instance, le PGC argue que la demande d'E.F. ne devait pas être accueillie puisqu'elle ne remplit pas les critères de l'arrêt *Carter 2015*, alors que sa condition n'est pas terminale et que sa maladie est de cause psychiatrique. Le juge de première instance n'est pas du même avis et il donne droit à la demande d'E.F.<sup>93</sup>. La cause fut ensuite portée en appel par le PGC et le PG de l'Alberta.

L'appel porte sur deux questions, soit de savoir (1) si l'exemption constitutionnelle octroyée dans *Carter 2016* s'applique uniquement aux individus souffrant d'une condition terminale et (2) si les individus souffrant d'une condition psychiatrique et qui remplit les critères de *Carter 2015* sont également exclus de l'exemption constitutionnelle<sup>94</sup>.

En ce qui concerne la première question en appel, le PGC est d'avis que malgré qu'il n'y ait aucune référence aux maladies « terminales » au paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015*, l'exemption constitutionnelle ne s'applique qu'aux individus qui sont soit en fin de vie, ou très proche de la fin de leur vie<sup>95</sup>. Le PGC est d'avis que la nature terminale de la maladie de Mme Taylor fait en sorte de limiter la portée de la déclaration du jugement *Carter 2015*<sup>96</sup>.

La Cour d'appel de l'Alberta rejette les arguments du PGC à cet effet et elle indique que considérant l'importance des intérêts qui sont en jeu, il n'est pas possible de conclure que certaines personnes, dont les circonstances remplissent les critères de l'arrêt *Carter 2015* et qui n'en sont pas explicitement exclu, en soient exclus de façon inhérente<sup>97</sup>. La Cour d'appel est

---

Disorders », (2009) 27-3 *Neurological Clinics*, en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749352/>.

<sup>92</sup> *Id.*, par. 7.

<sup>93</sup> *Id.*, par. 9.

<sup>94</sup> *Id.*, par. 11.

<sup>95</sup> *Id.*, par. 27.

<sup>96</sup> *Id.*, par. 28-31.

<sup>97</sup> *Id.*, par. 40.



d'avis qu'il ne serait pas approprié de réexaminer ce point, puisqu'il en a été décidé par la Cour suprême dans *Carter 2015*<sup>98</sup>.

La Cour d'appel affirme clairement que la déclaration d'invalidité de l'arrêt *Carter 2015* ne requiert pas qu'un demandeur souffre d'une maladie terminale pour être admissible à l'AMM; si la Cour suprême en avait voulu autrement, elle l'aurait mentionné de façon claire et explicite; or elle ne l'a pas fait<sup>99</sup>.

Eu égard à la seconde question, le PGC concède que le paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015* ne mentionne aucunement une exclusion des cas de maladies psychiatriques. Le PGC plaide que la suite de ce paragraphe modifie les critères, car ceux-ci sont reliés exclusivement au cas présenté dans *Carter 2015*, lequel n'impliquait pas une condition psychiatrique; le PGC indique que le paragraphe 111 de l'arrêt *Carter 2015* exclut les conditions psychiatriques de la déclaration d'invalidité<sup>100</sup>.

La Cour d'appel réitère les propos de la juge de première instance, laquelle a notamment indiqué que la formulation du paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015* n'empêche pas les individus souffrant d'une condition psychiatrique de se prévaloir de l'exemption constitutionnelle tant que les critères d'admissibilité sont remplis<sup>101</sup>. La juge de première instance notait qu'aucun critère n'excluait expressément les cas de maladies psychiatriques<sup>102</sup>.

La Cour d'appel rappelle que la question des individus souffrant de conditions psychiatriques était au cœur du débat de l'arrêt *Carter 2015*. À cet effet, la Cour d'appel rappelle les paragraphes 114 et 115 de l'arrêt *Carter 2015* :

[114] Au procès, le Canada a traité de façon assez détaillée des risques que pose la légalisation de l'aide médicale à mourir. D'après lui, de multiples sources d'erreur et facteurs peuvent rendre un patient [TRADUCTION] « vulnérable dans la prise de sa décision » et être ainsi à l'origine du risque que des personnes n'ayant pas un désir

---

<sup>98</sup> *Id.*

<sup>99</sup> *Id.*, par. 41.

<sup>100</sup> *Id.*, par. 44.

<sup>101</sup> *Id.*, par. 52.

<sup>102</sup> *Id.*, par. 51.

rationnel et réfléchi de mourir trouvent en fait la mort. Il souligne l'affaiblissement des facultés cognitives, la dépression ou d'autres maladies mentales, la coercition, l'abus d'influence, la manipulation psychologique ou émotionnelle, le préjudice systémique (envers les personnes âgées ou les handicapés) et la possibilité d'ambivalence ou de diagnostic erroné comme facteurs susceptibles de passer inaperçus ou de causer des erreurs dans l'évaluation de la capacité. Le Canada soutient essentiellement qu'étant donné l'étendue de cette liste, il n'existe aucun moyen sûr de savoir qui est vulnérable et qui ne l'est pas. Par conséquent, il estime qu'une prohibition générale s'impose.

[115] La preuve retenue par la juge de première instance n'étaye pas l'argument du Canada. Se fondant sur la preuve relative aux procédures d'évaluation dans la prise de décisions médicales analogues concernant la fin de vie au Canada, la juge a conclu que la vulnérabilité peut être évaluée au cas par cas au moyen des procédures suivies par les médecins lorsqu'ils évaluent le consentement éclairé et la capacité décisionnelle dans le contexte de la prise de décisions d'ordre médical de façon plus générale. Les préoccupations au sujet de la capacité décisionnelle et de la vulnérabilité se posent dans tous les cas de décisions médicales concernant la fin de vie. D'un point de vue logique, il n'y a aucune raison de croire que les blessés, les malades et les handicapés qui peuvent refuser un traitement vital ou un traitement de maintien de la vie, demander le retrait de l'un ou l'autre traitement, ou encore réclamer une sédation palliative, sont moins vulnérables ou moins susceptibles de prendre une décision faussée que ceux qui pourraient demander une assistance plus active pour mourir. Les risques dont parle le Canada font déjà partie intégrante de notre régime médical.<sup>103</sup> (nos soulignés)

Se basant sur ces enseignements de la Cour suprême, la Cour d'appel conclut que la question de savoir si les conditions psychiatriques devaient être exclues a été débattue; face à cette situation, la Cour suprême a décidé de ne pas créer une telle exclusion. La Cour d'appel est donc d'avis que les gens souffrant de conditions psychiatriques ne sont donc pas explicitement exclus, pour autant qu'ils remplissent les critères d'admissibilité du paragraphe 127 de l'arrêt *Carter 2015*<sup>104</sup>. L'appel est donc rejeté et l'admissibilité à l'AMM d'E.F. est confirmée.

Ainsi, dans le contexte de ces deux jugements, le pouvoir judiciaire a eu la chance d'appliquer les critères de l'arrêt *Carter 2015*, tout en contrecarrant l'interprétation qu'en faisait le PGC. Le tribunal conclut donc clairement qu'il n'existe aucune interdiction explicite de l'AMM aux

<sup>103</sup> *Carter 2015*, préc., note 6, par. 114-115.

<sup>104</sup> *Canada (Attorney General) v. E.F.*, préc., note 90, par. 59.

personnes souffrant d'une maladie mentale et que dans la mesure où ils remplissent les critères de *Carter 2015*, ils auront accès à l'AMM.

#### **D. La réponse fédérale à *Carter 2015* : comment circonscrire l'admissibilité à l'AMM**

Suivant l'arrêt *Carter 2015*, le gouvernement fédéral a mis sur pied de nombreux comités afin d'obtenir l'opinion du plus d'experts possible quant aux pistes de solution disponibles suivant la décriminalisation de l'AMM. Par la suite, fort de l'information obtenue par ces comités, le gouvernement fédéral a répondu à la Cour suprême en déposant le projet de loi C-14. Ce projet de loi, comme nous le savons, proposait une réponse ajoutant des critères d'admissibilité à ceux édictés par la Cour suprême, dont le fameux critère de la mort naturelle raisonnablement prévisible. Nous verrons, dans la présente section, les explications offertes par différents acteurs du gouvernement fédéral afin de justifier l'ajout d'un tel critère.

##### *1. Les recommandations émises par les Comités créés en réponse à Carter 2015*

###### *a. Le Groupe consultatif provincial territorial d'experts sur l'aide médicale à mourir (ci-après « GCPTE »)*

Ce comité a été mis sur pied par les provinces et territoires suivant l'arrêt *Carter 2015*<sup>105</sup>, avec pour objectif de formuler des recommandations pour les aider à étayer leur position quant aux politiques et procédures devant être mises en place en réponse à *Carter 2015*<sup>106</sup>.

D'entrée de jeu, dans son résumé de la décision *Carter 2015*, le GCPTE indique que cette décision ne limite pas les concepts de « maladie, affection ou handicap » aux conditions physiques; les conditions mentales sont également incluses<sup>107</sup>. Il n'est donc pas question, dans ce rapport, de limiter l'accès à l'aide médicale à mourir strictement aux conditions affectant la santé physique. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité décisionnelle et du consentement, le rapport du GCPTE met en lumière des préoccupations formulées quant à la capacité de consentement des

<sup>105</sup> GROUPE CONSULTATIF PROVINCIAL-TERRITORIAL D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Rapport final*, 2015, en ligne : <[http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport\\_20151214\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf)>.

<sup>106</sup> *Id.*, p. 16.

<sup>107</sup> *Id.*, p. 20.

personnes atteintes d'un trouble psychiatrique. Le GCPTÉ constate les préoccupations des intervenants, lesquels suggèrent qu'un trouble psychiatrique soit un critère d'exclusion<sup>108</sup>.

Le GCPTÉ n'est toutefois pas en faveur d'une exclusion systématique des personnes atteintes d'un trouble psychiatrique et il recommande la création d'outils plus efficaces afin d'évaluer le consentement et l'aptitude des individus<sup>109</sup>.

b. Le Comité externe sur les options de réponse législative à *Carter c. Canada* (ci-après « **Comité externe** »)<sup>110</sup>

Le Comité externe a été créé afin de sonder les intervenants et la population canadienne sur la réponse législative à *Carter 2015*, notamment quant aux formes d'aide médicale à mourir, aux critères d'admissibilité, aux risques associés et aux mesures de sauvegarde<sup>111</sup>.

Dans le contexte des discussions relativement au critère d'une maladie « grave et irrémédiable », l'Association des psychiatres du Canada a offert des recommandations quant au caractère « irrémédiable » des maladies mentales<sup>112</sup>. En effet, qualifier une maladie irrémédiable d'« incurable » ferait en sorte de considérer toutes les maladies mentales chroniques comme étant irrémédiables. D'un autre côté, si le terme « irrémédiable » signifiait qu'une maladie ne pourrait être traitée, très peu de maladies mentales seraient considérées comme étant irrémédiables<sup>113</sup>.

Le Comité externe souligne que la Cour suprême dans la cause *Carter 2015* ne s'est pas positionnée explicitement sur les maladies mentales; elle n'a toutefois pas exclu, dans l'élaboration des critères d'accès, les problèmes de santé autres que physiques<sup>114</sup>. Le Comité

---

<sup>108</sup> *Id.*, p. 46.

<sup>109</sup> *Id.*, p. 47.

<sup>110</sup> COMITÉ EXTERNE SUR LES OPTIONS DE RÉPONSE LÉGISLATIVE À CARTER C. CANADA, *Consultations sur l'aide médicale à mourir: Résumé des résultats et des principales consultations*, 2015, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amm-pad/amm.pdf>>.

<sup>111</sup> *Id.*, p. 9.

<sup>112</sup> Le critère d'irrémédiabilité pose problème au niveau de la santé mentale. Cette problématique sera abordée dans la section IV. du présent essai.

<sup>113</sup> *Id.*, p. 63-64.

<sup>114</sup> *Id.*, p. 65.

externe se questionne alors sur l'accès de ces personnes à l'AMM et elle recueille l'opinion de divers acteurs dans le milieu, lesquels ont offert des opinions fort divergentes sur le sujet<sup>115</sup>.

D'un côté, le Comité externe a reçu des arguments à l'encontre de l'inclusion des gens atteints d'une maladie mentale<sup>116</sup>. Le Comité externe a également reçu l'opinion d'experts en droit, dont la professeure Jocelyn Downie, indiquant que l'exclusion des gens souffrant d'une maladie mentale équivaudrait à discriminer une population déjà marginalisée<sup>117</sup>. Un autre professeur a invoqué le droit à l'égalité en faveur de l'inclusion des gens souffrant d'une maladie mentale, et ce même si elles souffrent d'une incapacité en raison de leur maladie mentale, pourvu qu'elles remplissent les autres critères d'admissibilité<sup>118</sup>.

L'ARCH Disability Law Center (ci-après « **ARCH** ») invoque que l'accessibilité à l'AMM pour cette population vise à renforcer son droit à l'autodétermination. L'ARCH se préoccupe toutefois de l'impact de cette offre envers une population qui est déjà vulnérable<sup>119</sup>.

Le Comité externe souligne la question de la capacité à consentir, alors que les témoignages d'éminents experts psychiatres rappellent que les gens atteints d'une maladie mentale peuvent conserver leur aptitude à consentir dans certains contextes<sup>120</sup>. L'Association des psychiatres du Canada a offert de nombreuses pistes de réflexion au Comité, en indiquant notamment :

- Que les gens souffrant d'une affectation les rendant admissibles à l'AMM peuvent également souffrir d'une dépression comorbide;
- Que la dépression peut avoir une influence sur le « désir de mourir » d'un individu. De plus, la dépression peut être difficile à cerner chez un individu;
- Que les termes « irrémédiables » et « persistants » pourraient devoir être modifiés dans le contexte de la maladie mentale;

---

<sup>115</sup> *Id.*

<sup>116</sup> Il s'agit du *Collectif des médecins contre l'euthanasie*, de l'*Alliance catholique chrétienne de la santé* et de l'*Alliance évangélique du Canada*. *Id.*

<sup>117</sup> *Id.*, p. 66.

<sup>118</sup> *Id.*, p. 65.

<sup>119</sup> *Id.*, p. 65 – 66.

<sup>120</sup> À noter que docteure Linda Ganzini, psychiatre œuvrant en Oregon, ainsi que l'Association des psychiatres du Canada ont fait part de tels arguments. *Id.*, p. 66.

- Qu’une dépression réfractaire ne constitue pas une maladie mentale irrémédiable; ceci indique uniquement que la dépression a résisté à deux protocoles de pharmacothérapie<sup>121</sup>.

En ce qui a trait à l’évaluation de l’aptitude à consentir dans le contexte de la présence d’une maladie mentale, le président de l’Association des psychiatres du Canada, Dr Sonu Gaind, note qu’il existe une importante difficulté puisque la maladie mentale peut affecter plusieurs sphères du raisonnement de l’individu<sup>122</sup>. L’Association recommande que l’AMM ne soit pas accessible aux personnes dont la capacité décisionnelle pourrait être affectée par une maladie mentale<sup>123</sup>.

Eu égard à l’évaluation des demandes d’AMM, le Comité externe note que de nombreux groupes recommandent le recours à une consultation en santé mentale<sup>124</sup>. Certains groupes indiquent qu’une telle consultation serait nécessaire, de façon systématique, afin d’analyser les motifs de la demande ainsi que la capacité à consentir du patient<sup>125</sup>. L’Association des psychiatres du Canada, comme indiqué précédemment, recommande la consultation d’un psychiatre (1) dans le contexte d’une demande d’AMM pour toute cause alors qu’il y a également présence d’une maladie mentale et (2) lorsque la maladie mentale est la raison unique de la demande d’AMM, afin de déceler si la maladie mentale a un impact sur la capacité décisionnelle du patient<sup>126</sup>.

Finalement, en ce qui concerne la capacité à consentir à l’AMM, le Comité externe met la lumière sur un clivage d’opinion des différents experts quant à l’aptitude du médecin à évaluer la capacité d’un patient à consentir à l’AMM, alors que certains intervenants indiquent que les médecins généralistes n’ont aucun problème à évaluer l’aptitude à consentir de leurs patients, et que d’autres mentionnent qu’il serait impossible de déterminer avec certitude l’aptitude à consentir d’un patient à sa mort<sup>127</sup>. Le Comité externe note une divergence d’opinions entre les experts quant à savoir si l’AMM devrait être traitée différemment que les autres soins et traitements en raison de sa finalité<sup>128</sup>.

---

<sup>121</sup> *Id.*, p. 66.

<sup>122</sup> *Id.*, p. 72.

<sup>123</sup> *Id.*

<sup>124</sup> *Id.*, p. 88.

<sup>125</sup> *Id.*

<sup>126</sup> *Id.*, p. 72 et 88.

<sup>127</sup> *Id.*, p. 71.

<sup>128</sup> *Id.*

c. Le Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir (ci-après « **Comité mixte** »)<sup>129</sup>

Le Comité mixte a été formé afin d'examiner le rapport du Comité externe et sonder l'opinion des Canadiens, avec pour objectif de formuler des recommandations pour la réponse législative à *Carter 2015*, le tout en conformité avec les différentes lois<sup>130</sup>.

La question des maladies psychiatriques a été étudiée dans le contexte de l'élaboration des recommandations quant aux critères d'admissibilité à l'aide médicale à mourir.

Eu égard aux maladies mentales, le Comité mixte a entendu de nombreuses opinions contradictoires. Le Comité mixte retient, dans son rapport, le témoignage de la professeure Downie, laquelle indique qu'une telle affection ne devrait pas être un critère d'exclusion<sup>131</sup>. Elle motive ses propos en indiquant que les médecins sont capables d'évaluer l'aptitude d'un individu dans le contexte de la maladie mentale et qu'une telle maladie peut être associée à une souffrance aussi insoutenable qu'une maladie physique<sup>132</sup>. Elle est également d'avis que l'utilisation d'un tel critère d'exclusion irait à l'encontre de la *Charte canadienne* et serait donc susceptible d'une contestation judiciaire<sup>133</sup>.

De son côté, le docteur Sonu Gaind<sup>134</sup> se questionne quant au caractère irrémédiable de la maladie mentale<sup>135</sup>. Le docteur Raek Rajji, psychiatre, indique dans son témoignage qu'une maladie mentale peut effectivement être grave et causer des souffrances psychologiques et même de souffrances physiques persistantes chez certains individus. Il note qu'un traitement de rétablissement peut être offert à ces patients<sup>136</sup>. À cet effet, professeure Downie rétorque que les

---

<sup>129</sup> CANADA, SÉNAT ET CHAMBRE DES COMMUNES, *L'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient - Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Premier rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., février 2016, en ligne : <<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/PDAM/rapport-1>> [Comité mixte].

<sup>130</sup> *Id.*, p. 2.

<sup>131</sup> *Id.*, p. 14.

<sup>132</sup> *Id.*

<sup>133</sup> *Id.*

<sup>134</sup> Le docteur Gaind est psychiatre et président de l'Association des psychiatres du Canada.

<sup>135</sup> *Comité mixte*, préc., note 129, p. 14-15.

<sup>136</sup> *Id.*, p. 15.

patients ne sont pas tenus de se soumettre à des traitements jugés comme étant inacceptables pour eux<sup>137</sup>.

Le Comité mixte indique interpréter l'arrêt *Carter 2015* comme n'excluant pas les personnes atteintes de maladie mentale; il note que tant que l'individu est capable de consentir et qu'il remplit les autres critères de la loi, il devrait pouvoir accéder à l'AMM<sup>138</sup>.

Le Comité mixte élabore ainsi une recommandation claire à savoir que les personnes souffrant de maladie mentale ne soient pas jugées comme étant inadmissibles à l'aide médicale à mourir en raison de cette maladie<sup>139</sup>.

Le Comité mixte entrevoit toutefois certains problèmes associés à la maladie mentale dans le contexte de l'aide médicale à mourir. Dans le contexte des souffrances associées à la maladie, le Comité mixte se questionne à savoir si la maladie mentale en soi peut avoir une influence sur les souffrances perçues comme étant intolérables; il conclut toutefois que les professionnels de la santé sauront s'assurer du respect des critères<sup>140</sup>.

Le Comité mixte fait une mise en garde quant à la maladie mentale dans le contexte de l'aide médicale à mourir, en indiquant qu'il pourrait être difficile pour les professionnels de la santé de déterminer l'impact de la problématique de santé mentale sur la décision de demander l'AMM<sup>141</sup>. Le Comité mixte formule donc une recommandation spécifique demandant l'ajout de « (...) services et mesures de soutien pour évaluer si les personnes atteintes de troubles psychiatriques répondent aux critères de l'AMM»<sup>142</sup>.

#### d. Conclusion quant aux rapports des comités et aux recommandations émises

---

<sup>137</sup> *Id.*

<sup>138</sup> *Id.*

<sup>139</sup> *Id.*, p. 16.

<sup>140</sup> *Id.*

<sup>141</sup> *Id.*, p. 37.

<sup>142</sup> *Id.*



Ainsi, nous constatons que les différents comités concluent clairement que l'arrêt *Carter 2015* ne vise pas uniquement les cas de maladies physiques, mais que les maladies psychiatriques sont également visées.

En ce qui concerne les cas psychiatriques, les comités ont entendu bon nombre d'opinions : des questionnements demeurent quant au caractère irrémédiable de la maladie psychiatrique et de l'évaluation de l'aptitude à consentir des demandeurs d'AMM en présence d'une composante de maladie mentale.

Il est intéressant de constater le virage pris par le gouvernement fédéral dans le projet de loi C-14, puisque certains éléments mis de l'avant par les comités ont été intégrés, mais pas d'autres. Or, en ce qui concerne le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible, un tel critère, voire une telle limitation au droit à l'AMM, n'avait jamais été proposé par les comités.

## 2. *Les débats entourant l'adoption du PL C-14 : justification des critères d'admissibilité ajoutés par le gouvernement fédéral*

Suivant le dépôt des rapports des divers comités, le gouvernement fédéral a déposé le PL C-14 : *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* (ci-après « **PL C-14** »)<sup>143</sup>. Essentiellement, avec ce projet de loi le gouvernement fédéral s'engage à répondre à la décriminalisation de l'AMM apportée par le jugement *Carter 2015*, tout en créant des critères d'admissibilité additionnels et en mettant en place un système de mesures de sauvegarde afin de s'assurer que les critères sont adéquatement respectés. Fait saillant du projet de loi : dans son préambule, on affirme que le cas de certaines populations sera relégué à un débat éventuel, dont la question de l'AMMP. La présente section propose un résumé des différents débats ayant eu lieu relativement au PL C-14 et à son contenu, plus particulièrement quant à l'interdiction claire d'AMM pour les gens la demandant pour seule cause de maladie mentale.

---

<sup>143</sup> *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, projet de loi n°C-14, (première lecture 14 avril 2016), 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis. (Can.).

a. Les explications formulées à la Chambre des communes

La question de l'admissibilité à l'AMM des gens vivant avec une problématique de santé mentale a été amplement abordée lors des débats entourant le PL C-14. En effet, ces individus ont été considérés comme étant une population vulnérable, au même titre que les mineurs et les gens inaptes.

Dès la présentation du projet de loi, les ministres responsables du projet de loi<sup>144</sup> confirment que l'AMM ne sera pas accessible aux gens la demandant uniquement en raison d'une maladie mentale. En effet, dès le début des débats, la ministre Wilson-Raybould a énuméré les objectifs du projet de loi en indiquant que les critères d'accès à l'AMM pourraient faire en sorte que certaines personnes n'y aient pas accès, comme dans le cas d'une personne uniquement atteinte d'une maladie psychiatrique<sup>145</sup>. Elle affirme que l'AMM peut présenter des risques et que le gouvernement ne veut pas que la mort prématurée d'un individu soit mise de l'avant comme une solution à tout problème médical<sup>146</sup>.

Par la suite, la ministre Wilson-Raybould indique clairement que la décision *Carter 2015* ne rend admissible à l'AMM que les personnes adultes qui sont aptes à clairement consentir à leur fin de vie. Elle affirme que la Cour suprême précise clairement que l'AMM ne sera pas offerte aux gens affectés de problématiques de santé mentale<sup>147</sup>.

Il s'agit alors d'une contradiction claire avec ce qui a été mis de l'avant dans les divers rapports précédant la présentation du PL C-14.

La ministre Philpott, de son côté, illustre les craintes de plusieurs individus quant à l'admissibilité à l'AMM de gens souffrant uniquement de souffrances psychologiques. Elle confirme que le gouvernement a décidé d'être prudent dans sa rédaction, et qu'il est d'avis que les questions des

---

<sup>144</sup> L'honorable Jody Wilson-Raybould, ministre de la Justice, et l'honorable Jane Philpott, ministre de la Santé.

<sup>145</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1e sess., 42e légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », p. 2580, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-45/debats>> (Mme Jody Wilson-Raybould).

<sup>146</sup> *Id.*, p. 2580 (Mme Jody Wilson-Raybould).

<sup>147</sup> *Id.*, p. 2581 (Mme Jody Wilson-Raybould).

mineurs matures, des DMA et de la santé mentale devront faire l'objet d'études additionnelles<sup>148</sup>. Ainsi, il est clair pour tous que l'AMM ne serait donc pas offerte aux gens atteints de troubles mentaux.

Malgré cela, de nombreuses interventions de députés ont eu lieu concernant leurs différentes craintes relativement à l'AMMP, plus particulièrement quant à la question de l'aptitude à consentir des patients<sup>149</sup>.

Suivant l'étude du PL C-14 par le Comité permanent de la justice et des droits de la personne<sup>150</sup>, plusieurs autres amendements ont été proposés afin de rajouter des mesures de sauvegarde quant à l'AMMP. Il a été proposé d'imposer un examen psychiatrique aux gens souffrant d'une maladie mentale afin de s'assurer de leur aptitude à consentir<sup>151</sup>. Il a été proposé d'instaurer des mesures de protection additionnelles dans la loi afin d'empêcher un dossier comme la décision *EF* de la Cour d'appel d'Alberta de se produire à nouveau, puisqu'uniquement les gens respectant le critère de MNRP doivent avoir accès à l'AMM<sup>152</sup>. Ces amendements n'ont pas été retenus.

Le PL C-14 a été adopté par la Chambre le 31 mai 2016 lors de la troisième lecture<sup>153</sup>.

#### b. Les explications et propositions formulées au Sénat

<sup>148</sup> *Id.*, p. 2603 (Mme Jane Philpott).

<sup>149</sup> Voir entre autres : CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1e sess., 42e légis., 2 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », p. 2630, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/046/HAN046-F.PDF>> (M. Garnett Genuis). ; *Id.*, p. 2639 (M. Gérard Deltell).

<sup>150</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, Deuxième rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 1e sess., 42e légis., mai 2016, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/JUST/rapport-2/>>.

<sup>151</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1e sess., 42e légis., 17 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Motions d'amendement », p. 3491, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/057/HAN057-F.PDF>> (M. Michael Cooper).

<sup>152</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1e sess., 42e légis., 20 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », p. 3637, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/060/HAN060-F.PDF>> (M. Anthony Housefather).

<sup>153</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, « Vote Detail - 76 - Députés - Chambre des communes du Canada », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Members/fr/votes/42/1/76>>.

Le Sénat fut ensuite saisi du projet de loi, lequel fut tout d'abord étudié, en parallèle, par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles (ci-après « **Comité sénatorial** »), lequel entendit plusieurs témoins ayant participé aux consultations préalables. Dans ce contexte, la ministre Wilson-Raybould fut appelée à témoigner et elle affirma que le PL C-14 ne faisait pas preuve de discrimination à l'égard des gens souffrant de maladies mentales; selon ses explications, ces gens peuvent accéder à l'AMM selon les mêmes conditions que tous les autres Canadiens<sup>154</sup>. La ministre Wilson-Raybould affirme alors qu'octroyer l'AMMP porterait une entrave aux campagnes contre le suicide<sup>155</sup>. Elle est d'avis que rendre l'AMM disponible à cette population et aux gens ne souffrant pas d'une maladie « terminale » ferait en sorte qu'il n'y aurait plus vraiment de critères d'admissibilité et qu'il serait difficile de limiter l'accès à l'AMM<sup>156</sup>.

En réponse aux questions des sénateurs, la ministre Wilson-Raybould rappelle qu'une personne atteinte d'une maladie mentale peut avoir accès à l'AMM, mais que cela ne peut pas être la seule raison de sa demande<sup>157</sup>. Quant au préambule du projet de loi, lequel prévoit que le parlement du Canada s'engage notamment à étudier la question de l'AMM avec une maladie mentale, elle affirme que cette question n'est pas abordée par *Carter* et qu'elle doit être étudiée afin de cerner les avantages et inconvénients d'une telle pratique<sup>158</sup>.

Suivant le témoignage de la ministre Wilson-Raybould, la ministre Philpott témoigna à son tour. Celle-ci explique que bien que des maladies mentales peuvent provoquer des souffrances importantes, certaines maladies psychiatriques<sup>159</sup> soulèvent des questionnements quant au consentement aux soins<sup>160</sup>. Elle confirme qu'à la suite de consultations avec des experts, le gouvernement fédéral a fait le choix de ne pas permettre ce type d'AMM puisqu'on est incapable d'élaborer des mesures de sauvegarde sécuritaires à ce moment-ci<sup>161</sup>.

---

<sup>154</sup> CANADA, SÉNAT, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., fascicule n°8, 4 mai 2016, en ligne : <<https://sencanada.ca/fr/Content/SEN/Committee/421/lcjc/08ev-52539-f>> (Mme Jody Wilson-Raybould).

<sup>155</sup> *Id.*

<sup>156</sup> *Id.*

<sup>157</sup> *Id.*

<sup>158</sup> *Id.*

<sup>159</sup> Notamment la dépression chronique et la schizophrénie.

<sup>160</sup> CANADA, SÉNAT, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., fascicule n°8, 4 mai 2016, en ligne : <<https://sencanada.ca/fr/Content/SEN/Committee/421/lcjc/08ev-52539-f>> (Mme Jane Philpott).

<sup>161</sup> *Id.*

Plus tard, la ministre Philpott confirme que le critère de MNRP a été mis en place puisque le gouvernement considère que ce critère est la meilleure façon d'exclure les personnes souffrant uniquement d'une maladie mentale<sup>162</sup>.

Le Comité sénatorial a également eu la chance d'entendre le témoignage de Me Trista Carey, avocate ayant représenté E.F. devant la Cour d'appel d'Alberta<sup>163</sup>. Dans le cadre de son témoignage, Me Carey explique que lors de l'argumentation du cas E.F. à la Cour d'appel d'Alberta, il a été question du PL C-14; Me Carey affirme qu'E.F. était admissible à l'AMM selon *Carter*, mais qu'elle ne l'était pas conformément au PL C-14. Me Carey réitère l'argumentation des juges de la première instance et de la Cour d'appel et elle affirme que le PL C-14 porte atteinte aux droits fondamentaux des individus souffrant de problématiques de santé non terminales, autant dans le contexte de maladies physiques que psychologiques. Me Carey affirme que l'arrêt *Carter* n'opère aucune distinction entre ces deux types de maladies<sup>164</sup>.

Lors de la troisième lecture du PL C-14, plusieurs amendements ont été adoptés par le Sénat et ensuite proposés à la Chambre des communes<sup>165</sup>. La Chambre des communes rejeta les amendements proposés par le Sénat, le plus important de ceux-ci étant d'éradiquer le critère de MNRP. La ministre Wilson-Raybould est vivement contre une telle modification, alors qu'elle note que ceci pourrait apporter un risque que des gens demandent l'AMM et meurent prématurément, alors que d'autres options seraient disponibles pour améliorer leur qualité de vie; les personnes vulnérables, dont les gens souffrant de maladies mentales ne seraient pas suffisamment protégés<sup>166</sup>.

---

<sup>162</sup> *Id.*

<sup>163</sup> CANADA, SÉNAT, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., fascicule n°8, 6 juin 2016, en ligne : <<https://sencanada.ca/fr/Content/SEN/Committee/421/lcjc/10ev-52666-f>> (Me Trista Carey). ; *Canada (Attorney General) v. E.F.*, préc., note 90.

<sup>164</sup> *Id.*

<sup>165</sup> PARLEMENT DU CANADA, « C-14: Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir): Historique du projet de loi », *LEGISinfo*, en ligne : <<https://www.parl.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?Language=f&Mode=1&billId=8177165>>.

<sup>166</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 16 juin 2016, « Initiatives ministérielles. Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) », p. 4602-4603, en ligne :

Le 17 juin 2016, le PL C-14 reçut la sanction royale et devint alors la *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* (ci-après « **Loi fédérale** »)<sup>167</sup>.

c. Le contexte législatif du PL C-14 selon le gouvernement fédéral

Le gouvernement du Canada a créé un document détaillant le contexte législatif du PL C-14, expliquant les divers objectifs du PL C-14, la preuve fournie par les différents comités, ainsi que la preuve révélée par les expériences étrangères.

Le législateur réitère que les cas de maladie mentale devraient être l'objet de plus amples consultations, alors qu'ils ne sont pas visés par le projet de loi et que le critère de MNRP leur empêche d'avoir accès à l'AMM. Le législateur confirme qu'un tel critère pourrait porter atteinte aux droits fondamentaux de ces individus, notamment aux droits prévus à l'article 7 et à l'article 15(1) de la *Charte canadienne*<sup>168</sup>. Par contre, le gouvernement justifie alors une telle restriction en indiquant qu'elle sert à réaliser les objectifs de prévention du suicide et de la protection des personnes vulnérables. Selon le gouvernement fédéral, une telle atteinte des droits de ces individus est justifiée, car il existe un équilibre entre cette restriction et la réalisation des objectifs tels que décrits précédemment<sup>169</sup>.

### 3. La Loi fédérale telle qu'adoptée

Dans son préambule, le législateur prévoit les objectifs de la loi, lesquels sont nombreux. On aborde notamment la protection des personnes vulnérables afin de les empêcher de mettre fin à leur vie dans un moment de détresse, l'enjeu de santé publique qu'est le suicide et l'engagement du gouvernement fédéral à étudier la question de l'AMM lorsque la maladie mentale est la seule

---

<<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-74/debats>> (Mme Jody Wilson-Raybould).

<sup>167</sup> *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, c. 3 [Loi fédérale], en ligne : <[https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016\\_3/TexteCompleet.html](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/TexteCompleet.html)>.

<sup>168</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *Contexte législatif: aide médicale à mourir (projet de loi C-14)*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada 2016, p. 21, en ligne : <[http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_acquisitions\\_list-ef/2016/16-18/publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/jus/J4-41-2016-fra.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2016/16-18/publications.gc.ca/collections/collection_2016/jus/J4-41-2016-fra.pdf)>.

<sup>169</sup> *Id.*

raison invoquée<sup>170</sup>. On affirme notamment que le critère de MNRP constitue la façon la plus appropriée de conserver un équilibre entre l'autonomie des gens demandant l'AMM et la protection des personnes vulnérables<sup>171</sup>.

L'article 241.2(1) de la *Loi fédérale* liste les critères d'admissibilité pour l'AMM. Ainsi, pour être admissible à l'AMM, un individu doit :

- Être admissible à des soins de santé au Canada;
- Avoir plus de 18 ans et être apte à consentir à ses soins de santé;
- Souffrir d'une problématique de santé grave et irrémédiable;
- Faire une demande d'AMM de façon volontaire, sans pressions extérieures;
- Donner son consentement éclairé suivant l'explication des moyens qui seraient disponibles afin d'apaiser ses souffrances<sup>172</sup>.

L'article 241.2(2) détaille les critères déterminant qu'une personne souffre d'une problématique de santé grave et irrémédiable :

- Elle souffre d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable;
- Elle présente un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- Ceci lui cause des souffrances physiques et/ou psychologiques persistantes, intolérables qui ne peuvent pas être apaisées d'une façon qu'elle juge acceptable;
- Sa mort naturelle est devenue raisonnablement prévisible, sans nécessairement qu'elle ait un pronostic relativement à son espérance de vie<sup>173</sup>.

Des mesures de sauvegarde sont ensuite prévues quant à la procédure à suivre. Ainsi, la demande d'AMM doit être signée devant deux témoins indépendants; un professionnel de la santé doit s'en assurer, et doit également s'assurer qu'elle remplit tous les critères d'admissibilité<sup>174</sup>. Le professionnel de la santé doit également s'assurer que l'individu soit au courant qu'elle peut retirer sa demande d'AMM en tout temps<sup>175</sup>. Il doit également obtenir un second avis écrit de la part d'un autre médecin, confirmant que l'individu remplit tous les critères d'admissibilité<sup>176</sup>. Un

---

<sup>170</sup> *Loi fédérale*, préc., note 167.

<sup>171</sup> *Id.*

<sup>172</sup> *Id.*, art. 241.2(1).

<sup>173</sup> *Id.*, art. 241.2(2).

<sup>174</sup> *Id.*, art. 241.2 (3).

<sup>175</sup> *Id.*, art. 241.2(3)d).

<sup>176</sup> *Id.*, art. 241.2(3)e).

délai de dix jours francs doit s'écouler entre la demande d'AMM formulée par le patient et le jour où l'AMM est administrée<sup>177</sup>.

Ainsi, force est de constater que la version finale de la *Loi fédérale* s'éloigne significativement des recommandations formulées par les différents comités. Cette *Loi* est également beaucoup plus restrictive que les critères planchers mis de l'avant par la Cour suprême dans l'arrêt *Carter 2015*. Les éléments mis de l'avant dans les débats parlementaires nous font comprendre que, par exemple, le critère de MNRP a été formulé afin de clairement empêcher l'AMMP, chose qui n'avait pas été expressément interdite par l'arrêt *Carter 2015*. Le critère de MNRP brime également l'accès à l'AMM pour d'autres individus qui auraient autrement dû y avoir accès. Les sections suivantes porteront sur la réaction du gouvernement provincial à cette nouvelle Loi, laquelle entre en conflit avec la LSFV, ainsi que la contestation judiciaire qui suivit peu après, spécifiquement quant au critère de MNRP mis de l'avant dans la *Loi fédérale*.

#### **E. L'inaction du gouvernement québécois suivant l'arrêt *Carter 2015***

Suivant le jugement *Carter 2015* de la Cour suprême du Canada, le gouvernement provincial était d'abord soulagé, alors qu'une « épée de Damoclès » n'est soudainement plus au-dessus de la loi québécoise<sup>178</sup>.

Par contre, suivant le dépôt du PL C-14, plusieurs personnalités politiques québécoises, et ordres professionnels ont affirmé que des ajustements devraient possiblement être faits à la loi québécoise afin de s'aligner avec la loi fédérale<sup>179</sup>.

<sup>177</sup> Sauf dans le cas où le décès de l'individu ou sa perte de capacité est imminente. *Id.*, art. 241.2(3)g).

<sup>178</sup> RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : Barrette et Hivon soulignent le leadership du Québec », *Radio-Canada.ca*, 6 février 2015, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/705672/cour-supreme-aide-medecale-mourir-reax>>.

<sup>179</sup> RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : Ottawa va plus loin que Québec, souligne le ministre Barrette », *Radio-Canada.ca*, 14 avril 2016, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/775922/aide-medecale-mourir-barrette-gaetan-fin-de-vie-raisonnablement-previsible>>. ; Mélanie MARQUIS, « Aide à mourir : Québec devra « clairement » adapter sa loi, dit Barrette », *La Presse*, 20 juin 2016, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201606/20/01-4993765-aide-a-mourir-quebec-devra-clairement-adapter-sa-loi-dit-barrette.php>>. ; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Aide médicale à mourir : le Collège recommande une harmonisation des lois », *Collège des médecins du Québec*, 20 juin 2016, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/aide-medecale-a-mourir-college-recommande-harmonisation-lois.aspx>>. ; ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, « Harmonisation des lois québécoise et fédérale sur l'aide médicale à mourir », *Ordre des travailleurs*



Or, le gouvernement du Québec a choisi de ne pas toucher à la LSFV. Devant l'inaction du gouvernement provincial, six ordres professionnels<sup>180</sup> ont interpellé la ministre de la Justice, madame Stéphanie Vallée, afin que la loi fédérale soit renvoyée à la Cour d'appel puisqu'il existait alors une insécurité juridique quant à la cohabitation des deux lois<sup>181</sup>. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, a également interpellé la ministre de la Justice, madame Stéphanie Vallée, lui demandant de saisir les tribunaux pour clarifier certaines zones grises entre la loi québécoise et la loi fédérale<sup>182</sup>. Or, la ministre Vallée a refusé de porter le dossier à la Cour d'appel<sup>183</sup>. Au moment de sa réponse, deux citoyens, madame Nicole Gladu et monsieur Jean Truchon, avaient alors déposé une demande à la Cour supérieure afin de contester la constitutionnalité de la loi fédérale et de la provinciale<sup>184</sup>.

Suivant le début des audiences dans le dossier Truchon/Gladu en janvier 2019, les mêmes six ordres professionnels<sup>185</sup> demandèrent de nouveau au gouvernement provincial de soumettre la question de la constitutionnalité de la *Loi fédérale* à la Cour d'appel<sup>186</sup>; cette demande fut également appuyée par plusieurs personnalités publiques et organismes<sup>187</sup>. Le gouvernement

---

*sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 24 février 2017, en ligne : <<https://www1.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/harmonisation-des-lois-quebecoise-et-federale-sur-laide-medicale-a-mourir/>>.

<sup>180</sup> Le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, le Barreau du Québec et la Chambre des notaires.

<sup>181</sup> Isabelle PARÉ, « Six ordres professionnels demandent un appel sur l'aide à mourir », *Le Devoir*, 6 décembre 2016, en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/486444/aide-a-mourir-six-ordres-professionnels-demandent-un-renvoi-en-cour-d-appel>>.

<sup>182</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Élargissement de l'aide médicale à mourir - Le ministre Barrette propose des mesures pour alimenter la réflexion », MSSSS - Salle de presse, 24 mars 2017, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1286/>>.

<sup>183</sup> Jean-Marc SALVET, « Aide médicale à mourir : Barrette perd face à Vallée », *Le Soleil*, 16 novembre 2017, en ligne : <<https://www.lequotidien.com/actualites/politique/aide-medicale-a-mourir-barrette-perd-face-a-vallee-f905c37c0211e2f800104061d6f67211>>.

<sup>184</sup> Louise LEDUC, « Les lois fédérale et provinciale contestées », *La Presse Plus*, 15 juin 2017, en ligne : <[http://plus.lapresse.ca/screens/9b836753-fa98-41ab-b66e-5e449cf5683f\\_\\_7C\\_\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/9b836753-fa98-41ab-b66e-5e449cf5683f__7C__0.html)>.

<sup>185</sup> Le Barreau du Québec, la Chambre des notaires, le Collège des médecins, l'Ordre des infirmiers et infirmières, l'Ordre des pharmaciens et l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux.

<sup>186</sup> BARREAU DU QUÉBEC, « Demande d'un renvoi à la Cour d'appel », *Le Barreau du Québec*, 29 janvier 2015, en ligne : <<https://www.barreau.qc.ca/fr/actualites/memoires-enonces-positions/demande-renvoi-cour-appel/>>.

<sup>187</sup> Ghislain LEBLOND, « Procès Truchon–Gladu: Québec complice d'Ottawa », *Le Soleil*, 10 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/proces-truchongladu-quebec-complice-dottawa-da2ec4069018dd8362f6a9409b3ca1e8>>. ; RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : deux Québécois

provincial n'a pas voulu commenter cette demande considérant les procédures judiciaires en cours dans le dossier *Truchon*<sup>188</sup>.

Le gouvernement provincial a donc laissé la question de la conformité de la loi provinciale à l'arrêt *Carter 2015* entre les mains de la Cour.

#### F. La fin des critères de FDV et de MNRP : *Truchon et Gladu c. PGC et PGQ*<sup>189</sup>

Monsieur Jean Truchon et madame Nicole Gladu sont deux individus atteints de maladies dégénératives incurables, qui ne sont pas admissibles à l'AMM puisqu'ils ne remplissent pas le critère de MNRP au fédéral et le critère de FDV au provincial. Ils demandent donc que ces deux critères soient déclarés inconstitutionnels puisqu'ils portent atteinte à leurs droits garantis à l'article 7 (droit à la vie) et à l'article 15 (droit à l'égalité) de la *Charte canadienne*.

L'honorable juge Christine Baudoin a entendu une preuve exhaustive dans le contexte de ce procès. Malgré que les deux demandeurs ne souffraient d'aucune maladie mentale ni dépression, et que leur consentement était jugé comme étant libre et éclairé, une preuve exhaustive fut présentée concernant l'AMM dans les cas de maladie psychiatrique.

Le PGC propose également une preuve importante quant à la question de la vulnérabilité, alors qu'il argue que l'élargissement de l'AMM, par le retrait du critère de MNRP, mettrait à risque des personnes dites vulnérables<sup>190</sup>. Le PGC est d'avis que les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique sont des individus vulnérables<sup>191</sup>. Or, le Tribunal n'adhère pas à une telle définition de vulnérabilité, selon laquelle un individu serait vulnérable en fonction du groupe auquel il appartient : la vulnérabilité dépend plutôt de la capacité individuelle de l'individu à consentir aux

---

contestent les lois devant la Cour supérieure », *Radio-Canada.ca*, 7 janvier 2019, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1145322/aide-medicale-mourir-proces-jean-truchon-nicole-gladu-avocat-jean-pierre-menard>>.

<sup>188</sup> Élisabeth FLEURY, « Aide à mourir: un renvoi à la Cour d'appel du Québec réclamé par six ordres professionnels », *Le Soleil*, 15 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/actualite/justice-et-faits-divers/aide-a-mourir-un-renvoi-a-la-cour-dappel-du-quebec-reclame-par-six-ordres-professionnels-1cf24e301f21da46cd8134b859f3ca17>>.

<sup>189</sup> *Truchon*, préc., note 7.

<sup>190</sup> *Id.*, par. 244.

<sup>191</sup> *Id.*, par. 237.

soins et traitements qui lui sont offerts<sup>192</sup>. Ainsi, une personne vulnérable, c'est une personne qui est inapte à consentir<sup>193</sup>.

Une preuve importante fut également présentée concernant les parallèles entre l'AMM et le suicide, à savoir si l'AMM constitue un suicide, ou si l'AMM pourrait constituer un suicide si l'admissibilité était élargie. Le Tribunal conclut que l'AMM et le suicide sont deux situations distinctes, malgré qu'ils aient quelques points en commun, dont le résultat final<sup>194</sup>.

Le PGC cherche à démontrer que le critère de MNRP est nécessaire afin d'éviter des conséquences néfastes pour les personnes dites vulnérables<sup>195</sup>. Or, la juge est d'avis qu'une interdiction complète d'accès à l'AMM pour ces individus, sous le prétexte d'une vulnérabilité collective de ceux-ci, peut conduire à de la discrimination pour cause de handicap<sup>196</sup>.

En ce qui concerne les individus dits vulnérables en raison de leur condition psychiatrique, la juge affirme qu'au regard de la preuve étudiée, les professionnels de la santé sont en mesure d'évaluer l'aptitude à consentir des patients afin de déterminer ceux qui sont incapables à consentir à l'AMM en raison de leur état mental<sup>197</sup>. Elle rappelle que l'arrêt *Carter* et la *Loi fédérale* n'excluent pas les gens souffrant d'une maladie mentale de demander l'AMM, dans la mesure où ils remplissent les critères d'admissibilité<sup>198</sup>.

En ce qui concerne la preuve administrée concernant les systèmes étrangers, suivant analyse la juge conclut que celle-ci n'étaye pas l'hypothèse selon laquelle il y aurait un risque de dérive et qu'un tel risque pourrait survenir au Canada<sup>199</sup>. Elle qualifie les arguments selon lesquels le nombre d'euthanasies dans certaines juridictions est alarmant comme étant un « jugement de

---

<sup>192</sup> *Id.*, par. 252.

<sup>193</sup> *Id.*, par. 253.

<sup>194</sup> *Id.*, par. 381.

<sup>195</sup> Voir, entre autres, le témoignage du professeur Tom Shakespeare, lequel affirme que le retrait du critère de MNRP aurait des conséquences sur les personnes handicapées. Il milite en faveur de la conservation du critère afin de conserver la valeur inhérente de la vie de ces individus. *Id.*, par. 285.

<sup>196</sup> *Id.*, par. 309.

<sup>197</sup> *Id.*, par. 422.

<sup>198</sup> *Id.*, par. 421.

<sup>199</sup> *Id.*, par. 458.

valeur » et elle affirme qu’aucun élément de preuve ne relie l’AMM à un danger pour les personnes vulnérables<sup>200</sup>.

Eu égard à son analyse juridique, la juge affirme que l’arrêt *Carter 2015* ne limite nullement l’accès à l’AMM aux seuls individus dont la mort est raisonnablement prévisible : elle est accessible à toute personne satisfaisant aux exigences de la Cour suprême<sup>201</sup>. Ainsi, elle juge le critère de MNRP et le critère de FDV comme étant incompatibles avec *Carter 2015*<sup>202</sup>.

La juge conclut que le critère de MNRP de la *Loi fédérale* porte atteinte aux droits garantis à l’article 7 de la *Charte*, en ce qu’il a une portée excessive et un caractère disproportionné<sup>203</sup>; cette atteinte n’est pas justifiée en vertu de l’article 1 de la *Charte canadienne*<sup>204</sup>.

La juge conclut également que le critère de MNRP de la *Loi fédérale* porte atteinte au droit à l’égalité prévu à l’article 15 de la *Charte canadienne*, en ce qu’elle perpétue un préjugé et un désavantage pour les personnes souffrant d’une déficience physique, en raison de cette caractéristique spécifique<sup>205</sup>. La juge conclut également que le critère de MNRP porte atteinte au droit à l’égalité en ce qu’elle crée une distinction entre deux groupes en raison du type de maladie dont ils souffrent :

(...) le Tribunal tient à préciser que l’exigence contestée établit aussi, par son effet, une distinction selon le type ou la nature de la déficience. Comme l’a souligné la Cour suprême, la déficience se caractérise par une diversité quasi infinie qui mène à « des distinctions établies entre diverses déficiences ». Il peut donc exister des distinctions entre les membres d’un même groupe en fonction du type de déficience dont ils se voient atteints. Il s’agit du cas ici.<sup>206</sup> (nos soulignés)

Le Tribunal conclut que les atteintes au droit à l’égalité ne se justifient pas en vertu de l’article 1 de la *Charte canadienne*<sup>207</sup>.

---

<sup>200</sup> *Id.*, par. 460-461.

<sup>201</sup> *Id.*, par. 499.

<sup>202</sup> *Id.*, par. 501.

<sup>203</sup> *Id.*, par. 588.

<sup>204</sup> *Id.*, par. 638.

<sup>205</sup> *Id.*, par. 674.

<sup>206</sup> *Id.*, par. 662.

<sup>207</sup> *Id.*, par. 690.

En ce qui concerne la LSFV, le Tribunal conclut également que le critère de FDV viole l'article 15 de la *Charte canadienne*, et ne se justifie pas selon l'article 1 de la *Charte canadienne*<sup>208</sup>.

Suivant ces conclusions, le Tribunal déclare le critère de MNRP de l'article 241(2)(d) du C.cr. inconstitutionnel, ainsi que le critère de FDV présent à l'article 26 al.1(3) de la LSFV<sup>209</sup>.

La juge Baudoin octroie une période de suspension de la déclaration d'invalidité pour une durée de six mois<sup>210</sup>. Elle s'explique ainsi :

(744) Vu les circonstances particulières au présent débat, le Tribunal accordera une période de suspension de la déclaration d'invalidité aux deux législateurs d'une durée de 6 mois. Puisque le législateur fédéral a choisi d'adopter un régime législatif calqué dans son essence sur les paramètres énoncés par la Cour suprême en y ajoutant l'exigence de la mort naturelle raisonnablement prévisible, l'inconstitutionnalité de celle-ci ramène l'état du droit à ce qu'il était au Canada à la suite de l'arrêt *Carter* et ne crée donc pas un vide juridique. De plus, un débat législatif complet a eu lieu, tant au niveau fédéral que provincial, de sorte que les possibles éléments de réponse devraient être facilement identifiables. Enfin, cette période de suspension permettra une concertation du Parlement et de la législature afin d'éviter de perpétuer les incongruités actuelles en matière d'aide médicale à mourir au Québec. (nos soulignés)

#### **G. L'implication du jugement *Truchon* et de la déclaration d'inconstitutionnalité des critères de FDV et de MNRP**

Le jugement *Truchon* est sorti le 11 septembre 2019, soit en pleine campagne électorale fédérale. L'issue du jugement est ensuite devenue un enjeu électoral. Le Parti libéral du Canada, lequel a remporté les élections fédérales, avait promis de ne pas interjeter appel, et c'est ce qui s'est produit<sup>211</sup>. De son côté, le procureur général du Québec n'a pas interjeté appel<sup>212</sup>.

<sup>208</sup> *Id.*, par. 705.

<sup>209</sup> *Id.*, par. 734-735.

<sup>210</sup> *Id.*, par. 744.

<sup>211</sup> Anne-Marie LECOMTE, « Aide médicale à mourir : Ottawa et Québec ne vont pas en appel », *Radio-Canada.ca*, 3 octobre 2019, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1329478/quebec-aide-medicales-mourir-jugement-cour-supreme-pas-appel>>.

<sup>212</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Cause *Truchon-Gladu* – Le gouvernement du Québec ne portera pas le jugement en appel », MSSSS - Salle de presse, 3 octobre 2019, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1931/>>.

En déclarant les critères de MNRP et de FDV inconstitutionnels, le jugement *Truchon* élargit l'admissibilité à l'AMM pour de nombreuses personnes qui n'y auraient pas eu accès. Ce jugement permet l'admissibilité à l'AMM pour les gens souffrant de maladies graves chroniques, non mortelles, comme madame Gladu et monsieur Truchon. Ce jugement permet également l'accès à l'AMMP, dans la mesure où ils remplissent tous les autres critères d'admissibilité.

*1. La réponse fédérale au jugement Truchon : une consultation publique et le dépôt d'un projet de loi ressemblant étrangement au PL C-14*

En janvier et février 2020, le gouvernement canadien a lancé une consultation sur l'AMM<sup>213</sup>. Tout d'abord, une consultation en ligne a eu lieu, lors de laquelle le public était invité à remplir un court questionnaire, répondant à des questions relativement aux différentes mesures de sauvegarde possibles quant à l'AMM<sup>214</sup>. Une série de tables rondes d'experts et d'intervenants a ensuite eu lieu partout au pays<sup>215</sup>.

En ce qui concerne les résultats de la consultation en ligne, lorsque questionnés à savoir si les mesures actuellement en place étaient suffisantes afin de prévenir l'abus de l'AMM lorsque les personnes dont la mort n'est pas raisonnablement prévisible y auront accès, 73,1% des répondants ont répondu « OUI »<sup>216</sup>.

Les répondants ont également été questionnés quant à l'importance d'exiger certaines mesures de sauvegarde additionnelles lorsque la mort d'une personne n'était pas rendue raisonnablement prévisible. Parmi celles-ci, les répondants étaient d'avis qu'il serait opportun de s'assurer que l'individu demandant l'AMM soit au courant de tous les moyens disponibles afin de potentiellement soulager ses souffrances<sup>217</sup>. Leur opinion était toutefois mitigée quant à une possible obligation de consulter un expert spécialiste de la condition médicale dont souffre

---

<sup>213</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, « Rapport de ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir », Ottawa, mars 2020, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/cqnae-www/index.html>>.

<sup>214</sup> Un total de 300 140 questionnaires ont été reçus dans le cadre de cette consultation publique. *Id.*

<sup>215</sup> *Id.*

<sup>216</sup> *Id.*

<sup>217</sup> 61,9% des répondants jugeaient qu'une telle mesure était très importante. *Id.*

l'individu, en plus des deux évaluations déjà obligatoires<sup>218</sup>. Les répondants étaient également d'avis que des outils additionnels devraient être implantés afin d'aider les professionnels de la santé à évaluer la vulnérabilité potentielle des individus<sup>219</sup>.

Tel que mentionné précédemment, dix tables rondes ont également eu lieu à travers le pays afin de donner la chance à plus de 125 experts et intervenants de s'exprimer quant à la question de l'AMM<sup>220</sup>. Les participants ont ainsi pu exprimer leur point de vue quant aux critères d'admissibilité et aux mesures de sauvegarde.

Tout d'abord, certains intervenants ont indiqué que les critères d'admissibilité actuels étaient suffisants afin de déterminer l'admissibilité des individus et qu'il n'était pas nécessaire d'en rajouter davantage ni de rajouter des dispositions trop normatives, afin que chaque demande puisse réellement être évaluée individuellement par le professionnel de la santé<sup>221</sup>.

Les discussions ont largement porté sur l'étendue de l'admissibilité à l'AMM suivant la suppression du critère de MNRP. En ce qui concerne l'inclusion des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique, plusieurs intervenants ont soulevé des difficultés quant à l'évaluation de la capacité, la détermination du caractère intolérable des souffrances puisqu'une telle évaluation est subjective, et au caractère incurable de la maladie<sup>222</sup>. Certains participants ont toutefois indiqué que l'exclusion des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique serait discriminatoire<sup>223</sup>.

Quant aux nouvelles mesures de sauvegarde, des participants ont soulevés que l'obligation d'obtenir une évaluation psychiatrique pourrait entraver l'accès à l'AMM dans certaines régions où l'accès aux services en santé mentale est limité<sup>224</sup>. Plusieurs participants ont soulevé l'idée

---

<sup>218</sup> 29,7% des répondants jugeaient qu'une telle mesure était « très importante », alors que 27,8% des répondants jugeaient qu'une telle mesure n'était « pas importante du tout ». *Id.*

<sup>219</sup> 55,9% des répondants jugeaient qu'une telle mesure était « très importante ». *Id.*

<sup>220</sup> *Id.*

<sup>221</sup> *Id.*

<sup>222</sup> *Id.*

<sup>223</sup> *Id.*

<sup>224</sup> *Id.*

d'avoir un système à deux volets, selon les circonstances d'un patient, par exemple s'il est mourant ou non, s'il souffre d'une maladie physique ou mentale<sup>225</sup>.

Finalement, les participants ont rappelé que l'accès à des soins et services de santé adéquats en santé mentale, particulièrement dans le cas des Autochtones, agirait comme mesure de sauvegarde<sup>226</sup>.

#### a. Le projet de loi C-7

Suivant la publication des résultats de cette consultation publique, le gouvernement fédéral a annoncé le dépôt d'un nouveau projet de loi le 24 février 2020<sup>227</sup>. Ce projet de loi est la réponse du gouvernement fédéral à l'arrêt *Truchon*, aux consultations mentionnées préalablement et aux quatre années d'expérience canadienne<sup>228</sup>.

Le projet de loi C-7 : *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)* (ci-après « **PL C-7** »)<sup>229</sup> vise à apporter des modifications à la Loi fédérale en vigueur, notamment en éliminant le critère de MNRP et en créant une approche à deux volets selon si la mort des individus est raisonnablement prévisible ou non; de nouvelles mesures de sauvegarde sont instaurées lorsque la mort n'est pas raisonnablement prévisible<sup>230</sup>. Le PL C-7 interdit expressément l'admissibilité des personnes demandant l'AMMP<sup>231</sup>.

En effet, dans le préambule du projet de loi, le gouvernement fédéral affirme que des consultations additionnelles seront encore nécessaires afin de décider si l'admissibilité à l'AMM devrait être élargie pour inclure les personnes souffrant d'une maladie mentale lorsque celle-ci

---

<sup>225</sup> *Id.*

<sup>226</sup> *Id.*

<sup>227</sup> MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, « Le gouvernement du Canada propose des modifications à la loi sur l'aide médicale à mourir », *Justice.gc.ca*, 24 février 2020, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2020/02/le-gouvernement-du-canada-propose-des-modifications-a-la-loi-sur-laide-medicale-a-mourir.html>>.

<sup>228</sup> *Id.*

<sup>229</sup> *Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, projet de loi n°C-7 (première lecture le 24 février 2020), 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., (Can.) [PL C-7], en ligne : <<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-1/projet-loi/C-7/premiere-lecture>>.

<sup>230</sup> Lorsque la mort est raisonnablement prévisible, les mesures de sauvegarde courantes sont maintenues, voire assouplies. MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, préc., note 227.

<sup>231</sup> *Id.*



est la seule condition médicale invoquée, et si oui, selon quelles modalités<sup>232</sup>. Il était également prévu qu'un comité parlementaire étudie les dispositions de la loi sur l'AMM en juin 2020, et qu'à ce moment l'examen porte sur la question de l'AMM dans le contexte de la maladie mentale comme seule condition médicale invoquée<sup>233</sup>. L'article 1(2.1) du PL C-7 confirme que la maladie mentale est exclue de la définition de maladie, affection ou handicap prévue à l'alinéa (2)a) de la *Loi*<sup>234</sup>.

En ce qui concerne les demandes d'AMM pour les patients dont la mort naturelle n'est pas prévisible, l'article 1(7) prévoit l'ajout de mesures de sauvegarde additionnelles, en plus des mesures de sauvegarde actuellement en vigueur. On doit notamment obtenir un avis écrit additionnel de la part d'un médecin ou infirmier praticien qui possède une expertise concernant la condition à l'origine des souffrances du patient, lorsqu'il n'a pas une telle connaissance<sup>235</sup>. Un délai d'au moins 90 jours francs doit s'être écoulé entre le jour de la première évaluation et celui où l'AMM est administrée; si la perte de capacité à consentir est imminente et que les évaluations ont été complétées, cette période raccourcit<sup>236</sup>.

#### b. Débats concernant le PL C-7

Au moment d'écrire ces lignes, le PL C-7 n'avait pas pu progresser au-delà de la deuxième lecture en raison de la situation entourant la COVID-19.

Lors de la deuxième lecture du projet de loi, le ministre David Lametti, ministre de la Justice, a indiqué, au niveau de l'AMM lorsqu'une maladie mentale est la seule condition médicale invoquée, qu'il avait été décidé à ce stade-ci, de l'interdire considérant les délais imposés par la Cour<sup>237</sup>. Le ministre Lametti réitère qu'il s'agit d'une question nécessitant un examen plus

---

<sup>232</sup> *PL C-7*, préc., note 229.

<sup>233</sup> Considérant la pandémie de COVID-19, l'étude par le comité parlementaire n'a toujours pas eu lieu et aucune nouvelle date n'a été annoncée à ce jour. *Id.*

<sup>234</sup> *Id.*, art. 1(2.1).

<sup>235</sup> *Id.*, art. 1(7).

<sup>236</sup> *Id.*, art. 7.

<sup>237</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., 26 février 2020, « Ordres émanant du gouvernement. Le *Code criminel* », p. 1620, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/chambre/seance-24/debats>> (M. David Lametti).

approfondi puisqu'il y a plus de risques associés à l'AMM dans ce contexte : l'évaluation de la capacité est plus difficile, la trajectoire de la maladie mentale est plus complexe à prédire et le désir de mourir peut constituer en soi un symptôme de la maladie mentale<sup>238</sup>. Un examen parlementaire spécifique à la question est donc prévu en juin 2020<sup>239</sup>. Au terme du débat du 26 février 2020, de nombreux députés se sont exprimés quant à l'interdiction de l'AMMP, en exprimant leur accord avec une telle décision<sup>240</sup>.

Le lendemain, lors de la suite des débats, la ministre de la Santé, madame Patty Hadju, affirme que le projet de loi exclut actuellement les personnes demandant l'AMMP puisque l'interaction entre le souhait de recevoir l'AMM et la maladie en soi n'est pas assez bien connue<sup>241</sup>. Elle affirme que le gouvernement ne nie pas que ces individus peuvent être aux prises avec d'importantes souffrances, mais que la question mérite un examen approfondi<sup>242</sup>. Ces propos ont été critiqués par certains députés<sup>243</sup>.

En raison de la pandémie de COVID-19, le comité permanent de la justice et des droits de la personne n'a toujours pas été saisi de l'étude du PL C-7<sup>244</sup>. Le cheminement du PL C-7 a ainsi été interrompu pour le moment.

Certains experts ont tout de même eu la chance de critiquer le contenu du PL C-7 dans les médias au moment de son dépôt. En ce qui concerne l'interdiction complète de l'AMMP, la professeure

---

<sup>238</sup> *Id.*

<sup>239</sup> *Id.*

<sup>240</sup> Voir entre autres CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., 26 février 2020, « Ordres émanant du gouvernement. Le *Code criminel* », p. 1636, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/chambre/seance-24/debats>> (M. Arif Virani).

<sup>241</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., 27 février 2020, « Ordres émanant du gouvernement. Le *Code criminel* », p. 1658, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/chambre/seance-25/debats>> (Mme Patty Hadju).

<sup>242</sup> *Id.*

<sup>243</sup> Voir entre autres les propos du de monsieur Erskine-Smith, lequel rappelle que la maladie mentale ne nuit pas toujours au consentement de l'individu et qu'une interdiction comme celle actuellement proposée est inquiétante. Il rappelle la cause E.F., et affirme qu'une interdiction de l'AMM pour seule cause de maladie mentale enverrait un message comme quoi ces individus ne sont pas aptes à faire des choix fondamentaux, et que la maladie mentale est moins grave qu'une maladie physique. *Id.*, p. 1655 (M. Nathaniel Erskine-Smith).

<sup>244</sup> CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, « JUST - Accueil - Chambre des communes du Canada », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST>>.

Jocelyn Downie s'est dite abasourdie par la proposition, en indiquant que ceci s'avère être discriminatoire envers ces gens, alors qu'on poursuit la stigmatisation de la maladie mentale<sup>245</sup>.

2. *La réponse québécoise au jugement Truchon : une nouvelle réponse avant-gardiste, suivie d'un retour en arrière*

Le 21 janvier 2020, lors d'une conférence de presse conjointe avec Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, et Mme Sonia Lebel, ministre de la Justice, il a été annoncé que la LSFV ne serait pas modifiée suivant le jugement *Truchon*<sup>246</sup>. La ministre Lebel expliqua alors que le critère de fin de vie serait simplement déclaré inopérant, malgré qu'il demeure inscrit dans la loi; aucun débat parlementaire n'aura donc lieu sur la question<sup>247</sup>. La ministre McCann expliqua cette décision en indiquant que le Québec était prêt pour un tel élargissement de la loi, alors que la décision avait été prise suivant consultation avec la Commission des soins de vie et les ordres professionnels impliqués<sup>248</sup>. La ministre McCann annonça qu'en parallèle, un forum national sur l'évolution de la LSFV aurait lieu le 27 janvier 2020 afin de traiter de la question de l'AMM dans un contexte d'inaptitude; suivra ensuite une consultation publique dans les villes du Québec et une consultation en ligne sur le sujet<sup>249</sup>.

Lors de cette même conférence de presse, suivant une question d'un journaliste relativement à l'existence de balises supplémentaires concernant les personnes souffrant de maladie mentale, la ministre McCann confirma que le guide de pratique du Collège des médecins allait être modifié afin d'ajouter des mesures de sauvegarde adéquates permettant d'implanter dès maintenant l'AMM pour les personnes souffrant de maladies mentales sévères et réfractaires aux traitements<sup>250</sup>. Ainsi, la ministre McCann confirme l'élargissement de l'AMM aux personnes souffrant d'une maladie mentale; elle confirme également l'existence de mesures de sauvegarde

---

<sup>245</sup> John BRYDEN, « Aide à mourir: des experts craignent une tâche plus difficile pour les médecins », *La Presse*, 26 février 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-02-26/aide-a-mourir-des-experts-craignent-une-tache-plus-difficile-pour-les-medecins>>.

<sup>246</sup> QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, « Conférence de presse de Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux et Mme Sonia LeBel, ministre de la Justice », 21 janvier 2020, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-56949.html>>.

<sup>247</sup> *Id.*

<sup>248</sup> *Id.*

<sup>249</sup> *Id.*

<sup>250</sup> *Id.*

additionnelles, lesquelles feront partie du guide de pratique du Collège des médecins, et non de la loi.

Cette déclaration de la ministre McCann a mis le feu aux poudres dans les jours suivants. Dès le lendemain, des chroniques faisaient état de l'étonnement général quant à l'élargissement de l'AMM pour les maladies mentales<sup>251</sup>. De son côté, la députée Véronique Hivon, marraine de la LSFV, était inquiète d'une telle annonce, alors qu'aucun débat public n'était prévu<sup>252</sup>. Le Parti libéral et Québec solidaire ont demandé à ce que des consultations publiques aient lieu sur cette question<sup>253</sup>. Le Collège des médecins a également mis en garde le gouvernement quant à la disponibilité des ressources nécessaires pour procéder aux évaluations des situations cliniques des demandeurs d'AMM<sup>254</sup>. Le Collège des médecins a également annoncé qu'une réflexion sur l'AMM dans le contexte de la maladie mentale aurait lieu à moyen terme avec des spécialistes de la santé mentale<sup>255</sup>.

Le 27 janvier 2020, en ouverture du Forum national sur l'évolution de la LSFV, la ministre McCann a indiqué qu'elle partageait les préoccupations de la population concernant l'AMMP et elle a annoncé qu'une période de consultation et de réflexion aurait lieu afin de mieux étudier la question<sup>256</sup>. La ministre McCann a ainsi annoncé qu'il y aurait une consultation en ligne et un forum sur l'accès à l'AMM aurait lieu<sup>257</sup>. La ministre McCann a également indiqué qu'elle avait demandé au Collège des médecins de demander à ses membres de ne pas accepter de demandes d'AMMP à partir du 12 mars 2020<sup>258</sup>.

---

<sup>251</sup> Patrick LAGACÉ, « L'aide médicale à mourir pour troubles mentaux? », *La Presse*, 22 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/2020-01-22/l-aide-medicale-a-mourir-pour-troubles-mentaux>>.

<sup>252</sup> RADIO-CANADA, « Véronique Hivon veut un débat sur l'aide médicale à mourir pour les cas en santé mentale », *Radio-Canada.ca*, 22 janvier 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/tout-un-matin/segments/entrevue/152021/aide-medical-mourir-elargissement-critere-veronique-hivon>>.

<sup>253</sup> Ariane LACOURSIÈRE, « AMM pour les gens atteints de maladie mentale: la population sera consultée », *La Presse*, 23 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-23/amm-pour-les-gens-atteints-de-maladie-mentale-la-population-sera-consultee>>.

<sup>254</sup> Yves ROBERT, « L'aide médicale à mourir (AMM) : une réflexion collective en évolution », *Collège des médecins du Québec*, 23 janvier 2020, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/l-aide-medicale-a-mourir-une-reflexion-collective-en-evolution.aspx>>.

<sup>255</sup> *Id.*

<sup>256</sup> A. LACOURSIÈRE, préc., note 8.

<sup>257</sup> *Id.*

<sup>258</sup> *Id.*

Un tel mot d'ordre n'aurait toutefois pas empêché les médecins d'accepter de telles demandes à partir du 12 mars 2020; le secrétaire du Collège des médecins, Dr Yves Robert, indiquait toutefois qu'il serait surprenant de voir un médecin accepter une telle demande alors qu'il n'y avait pas de consensus social<sup>259</sup>. Ainsi, une personne souffrant d'une maladie mentale pourrait techniquement poursuivre le gouvernement si elle juge que ses droits sont brimés<sup>260</sup>.

Considérant la prolongation du délai de suspension accordée par la juge Baudoin au gouvernement fédéral, celle-ci s'applique également au gouvernement provincial.

Considérant la pandémie actuelle, la consultation n'a pas été amorcée telle qu'annoncée.

### 3. *Prolongation de la suspension de la prise d'effet de la décision Truchon en raison de la pandémie de COVID-19*

Depuis le jugement initial rendu en septembre 2019, plusieurs demandes de prolongation ont été présentées et acceptées par la Cour supérieure en raison de la pandémie de COVID-19 et de l'interruption de la session parlementaire<sup>261</sup>. La suspension est actuellement accordée jusqu'au 18 décembre 2020<sup>262</sup>.

Entre-temps, le Tribunal a permis que les personnes satisfaisant aux critères d'admissibilité, à l'exception du critère de MNRP, puissent obtenir une autorisation judiciaire permettant l'administration de l'AMM pendant cette période de prorogation<sup>263</sup>. Plusieurs autorisations judiciaires ont été accordées par la Cour à ce stade<sup>264</sup>.

---

<sup>259</sup> Patrick BELLERSE, « Aide médicale à mourir: dans un vide juridique », *Le Journal de Québec*, 28 janvier 2020, en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2020/01/28/dans-un-vide-juridique>>.

<sup>260</sup> *Id.*

<sup>261</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 772, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j5s9g>> ; *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 2019, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j8j67>>.

<sup>262</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 2019, préc., note 261.

<sup>263</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 772, préc., note 261, par. 28.

<sup>264</sup> *Payette c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 1604, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j7ws2>>. ; *Trudeau c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 1863 en ligne : <<http://canlii.ca/t/j8bv1>>. ; *C.V. et Trudel*, 2020 QCCS 1717, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j80nm>>.

#### 4. Retour sur l'impact de la décision *Truchon* et les réactions gouvernementales

Ainsi, le jugement *Truchon* équivaut au retour à l'admissibilité à l'AMM selon les critères de l'arrêt *Carter 2015*, avec la déclaration d'inconstitutionnalité des critères de FDV et de MNRP. Malheureusement, le gouvernement fédéral a proposé, avec le PL C-7, une réponse fortement similaire au PL C-14. En effet, bien que le critère de MNRP soit retiré, une interdiction complète et explicite de l'AMMP est dorénavant clairement mentionnée dans le préambule du projet de loi. Tel que mentionné préalablement, l'objectif du critère de MNRP était notamment d'interdire l'AMMP; alors que ce critère a maintenant été déclaré inconstitutionnel, le gouvernement fédéral propose dorénavant une interdiction explicite. Encore une fois, le sens de l'arrêt *Carter 2015* n'est pas respecté.

Le gouvernement du Québec a proposé, tout d'abord, une réponse plutôt censée à l'arrêt *Truchon* en indiquant qu'on laisserait simplement le critère de FDV cesser d'exister, sans modifier la LSFV. Par contre, suivant le tollé qui a suivi dans les médias alors que l'on comprenait dorénavant le sens de ce propos, le gouvernement a fait marche arrière. Nous déplorons une telle situation puisqu'elle fait en sorte que le sens des arrêts *Truchon* et *Carter 2015* n'est pas respecté. Il aurait été souhaitable que le gouvernement provincial tienne tête aux contestations et que l'on propose plutôt une explication quant au sens à donner aux arrêts *Truchon* et *Carter 2015*.

#### H. Conclusion

À la lumière de ce qui précède, force est de constater que le cheminement de l'AMM au Canada a été parsemé d'embûches : le Québec fut avant-gardiste au début avec la LSFV, l'arrêt *Carter 2015* est venu confirmer les droits des gens désirant obtenir l'AMM, et la *Loi fédérale* est venue brouiller les cartes. Il a fallu attendre le jugement *Truchon*, en 2019, pour finalement revenir à l'état du droit suivant l'arrêt *Carter 2015*. Malgré cela, le PL C-7 proposé par le gouvernement fédéral ne fait qu'éradiquer le critère de MNRP : l'AMMP demeure interdite.

À travers tout ceci, de multiples comités ont mis de l'avant des solutions pour la légalisation de l'AMM, tout en respectant l'arrêt *Carter 2015* et en permettant l'accès à l'AMM aux gens qui ne remplissaient pas le critère de MNRP, et qui désiraient obtenir l'AMMP. L'apport de ces comités

demeurera pertinent pour la suite, plus particulièrement au niveau d'une nouvelle approche à l'AMM suivant le jugement *Truchon*.

Le cheminement du Canada n'aurait pas été le même sans l'apport des juridictions étrangères ayant légiféré sur l'AMM. En effet, à toutes les étapes expliquées précédemment, une analyse de la situation dans ces juridictions a été réalisée, afin d'en dégager des pistes de solutions possibles ainsi que des mises en garde pour la solution canadienne à l'AMM. La prochaine section portera sur la situation prévalant dans deux juridictions similaires au Canada, soit les Pays-Bas et la Belgique.

### III. ANALYSE DE LA SITUATION DE L'AMMP À L'EXTÉRIEUR DU CANADA : REGARD SUR LES PAYS-BAS ET LA BELGIQUE

L'euthanasie est légalisée dans bon nombre de législations à travers le monde. Lors des consultations ayant mené à la présentation du PL C-14, ainsi que dans le contexte du PL 52 au Québec, bon nombre de législations extérieures ont été étudiées à titre de comparatifs. Ces législations ont également été abordées dans le contexte des jugements *Carter* et du jugement *Truchon*.

L'analyse de la situation aux Pays-Bas et en Belgique est pertinente au présent débat puisque ces deux pays permettent l'euthanasie pour cause de maladie mentale, et ce depuis plusieurs années. Ainsi, les données de ces pays sont utiles afin de déterminer l'incidence d'une telle légalisation et l'impact sur les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

#### A. La situation aux Pays-Bas : une myriade de mesures de sauvegarde

##### 1. Le point de départ de la légalisation de l'euthanasie aux Pays-Bas

La *Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*<sup>265</sup> (ci-après « **Loi néerlandaise** ») est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2002. Préalablement à cela, l'euthanasie faisait

---

<sup>265</sup> *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide], Wet van 1 April 2001, *Staatsblad* 2001, 194, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-euthanasie-pays-bas-20010412-en-fr.pdf>>.

partie du paysage néerlandais depuis de nombreuses décennies<sup>266</sup>. Ainsi, bien que cette loi légalise l'euthanasie, il s'agit plutôt de légaliser une pratique déjà existante<sup>267</sup>.

Cette loi codifie le critère de diligence requise<sup>268</sup>. Ainsi, le médecin doit :

- S'assurer que la requête du patient est volontaire et mûrement réfléchie;
- S'assurer que les souffrances du patient sont intolérables et sans perspective d'amélioration;
- Informer le patient de son état et de son pronostic;
- Venir à la conclusion, conjointement avec le patient, qu'il n'existe aucune alternative raisonnable à la lumière de sa situation;
- Consulter au moins un médecin indépendant, lequel doit avoir examiné le patient et donné son opinion écrite quant au respect des critères de diligence requise;
- Procéder à l'interruption de la vie ou au suicide assisté du patient avec toute la diligence et l'attention exigées par la profession médicale<sup>269</sup>.

La *Loi néerlandaise* énonce également les modalités de révision des cas d'euthanasie, alors que les comités de révision régionaux sont conservés<sup>270</sup>.

## 2. Les mesures de sauvegarde supplétives à celles prévues dans la législation néerlandaise

---

<sup>266</sup> Voir les affaires *Postma* (1973), *Schoonheim* (1984) et *Chabot* (1994). Une procédure de notification et divulgation des cas d'euthanasie a ensuite été mise en place et en 1998, une procédure nationale a été mise en place, avec la création de comités régionaux chargés d'étudier les dossiers et de soumettre les dossiers jugés non conformes au procureur général afin de déterminer si des accusations criminelles devaient être déposées. Voir entre autres : Judith A. C. RIETJENS, Paul J. VAN DER MAAS, Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Johannes J. M. VAN DELDEN et Agnes VAN DER HEIDE, « Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? », (2009) 6-3 *Journal of Bioethical Inquiry* 271, 272-273, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>>. ; Carter BCSC, préc., note 41, par. 458. ; John GRIFFITHS, « Assisted Suicide in the Netherlands: The Chabot Case », (1995) 58-2 *The Modern Law Review* 232, 234-235, en ligne : <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-2230.1995.tb02006.x>>.

<sup>267</sup> J. A. C. RIETJENS *et al.*, préc., note 266, p. 273. Voir également : COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, *Code d'Euthanasie 2018: Code de déontologie en matière d'euthanasie, un éclairage de la pratique du contrôle*, La Haye, 2018, p. 53 et ss., en ligne : <<https://english.euthanasiacommissie.nl/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/code-de-euthanasie-2018>>.

<sup>268</sup> *Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide*, préc., note 265.

<sup>269</sup> *Id.*, art. 2.

<sup>270</sup> *Id.*, ch. 3.



La législation néerlandaise, le *Code de déontologie relativement à l'euthanasie*<sup>271</sup>, ainsi que des lignes directrices pour les professionnels de la santé<sup>272</sup>, édictent notamment les mesures de sauvegarde qui doivent être respectées pour qu'un patient ait accès à l'AMM. Par exemple, une relation thérapeutique suffisante doit exister entre un patient et son médecin afin que celui-ci puisse se former une opinion quant aux critères de diligence requise<sup>273</sup>.

En ce qui concerne spécifiquement les cas de maladie psychiatrique, les médecins doivent prêter une attention particulière à ces cas, alors que la prudence est de mise concernant le caractère volontaire et réfléchi de la demande, l'absence d'une autre solution envisageable et l'absence d'amélioration possible des souffrances<sup>274</sup>.

Les médecins doivent demander l'avis d'un psychiatre indépendant relativement à l'aptitude à consentir du patient, l'absence d'autre solution raisonnable et l'absence d'amélioration possible des souffrances, en plus de l'avis d'un consultant concernant le respect des critères de diligence requise<sup>275</sup>. Il est également mentionné que les médecins responsables du cas devront se questionner à savoir si la volonté de mourir du patient est réellement une demande réfléchie, ou si celle-ci émane de la maladie elle-même<sup>276</sup>.

### 3. Recensement des cas psychiatriques et particularités

Les comités de révision régionaux (ci-après « RTE ») sont responsables de l'élaboration de rapports de statistiques annuels<sup>277</sup>, faisant en sorte que de nombreuses données sont disponibles quant aux cas psychiatriques comparativement aux autres cas. De nombreux chercheurs ont

<sup>271</sup> COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, préc., note 267, p. 4.

<sup>272</sup> NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE, « L'euthanasie en psychiatrie », *Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie*, en ligne : <<https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie-in-de-psychiatrie>>. (version traduite en français consultée). ; FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN, « Interruption de la vie sur demande chez les patients souffrant d'un trouble mental », *Federatie Medisch Specialisten*, 9 janvier 2018, en ligne :

<[https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie/startpagina\\_-\\_levensbe\\_indiging\\_op\\_verzoek.html](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html)>.

<sup>273</sup> Carter BCSC, préc., note 41, par. 463.

<sup>274</sup> COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, préc., note 267, p. 38.

<sup>275</sup> *Id.*, p. 39.

<sup>276</sup> *Id.*, p. 40.

<sup>277</sup> REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES, « Annual reports - The committees - Regional Euthanasia Review Committees », Regional Euthanasia Review Committees, 27 décembre 2016, en ligne : <<https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/annual-reports>>.

également publié des études à ce sujet, dont les rapports dits « quinquennaux »<sup>278</sup>. L'extraction de certaines données de ces publications est pertinente à ce stade-ci afin de comprendre ce qui caractérise les cas d'AMMP acceptés, et ceux qui ne le sont pas. Ces statistiques permettent également de démontrer que les cas psychiatriques représentent une infime partie des cas d'AMM ayant lieu dans ce pays.

En effet, des 6 126 cas d'euthanasie rapportés en 2018, seulement 1% des cas (67 cas) étaient des cas de patients atteints de problèmes de santé mentale<sup>279</sup>. De plus, 146 cas d'euthanasie étaient en lien avec une démence, dont deux cas où des testaments de vie ont été nécessaires considérant que le patient n'était plus apte à exprimer sa demande<sup>280</sup>.

En 2018, seulement six cas ont été jugés comme ne remplissant pas tous les critères de diligence requise<sup>281</sup>. Un de ces cas portait sur le signalement de l'euthanasie d'un patient souffrant de problèmes psychiatriques, alors que le médecin consultant n'a pas été en mesure de bien évaluer les douleurs dites insupportables du patient, ainsi que de préciser son opinion quant aux perspectives de traitement<sup>282</sup>. La commission juge que le médecin n'aurait pas dû se contenter d'un rapport de consultation aussi lacunaire et qu'il était de son devoir d'approfondir ses recherches, le tout dans le contexte de la grande prudence demandée dans des cas psychiatriques<sup>283</sup>.

Dans un autre cas portant sur le signalement de l'euthanasie d'un patient souffrant de problèmes psychiatriques, la commission constate que le médecin généraliste n'a pas demandé, outre la

---

<sup>278</sup> BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, Johan LEGEMAATE, Agnes VAN DER HEIDE, Hans VAN DELDEN, Kirsten EVENBLIJ, Inssaf EL HAMMOUD, H. Roeline W. PASMEN, Corette PLOEM, Rosalie PRONK, Suzanne VAN DE VATHORST et Dick WILLEMS, *Derde evaluatie — Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [Third Review of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act]*, coll. ZonMw, La Haye, The Netherlands Organisation for Health Research and Development, 2017, en ligne : <<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding>>.

<sup>279</sup> COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, *Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie - Rapport 2018, jaarverslag*, Rotterdam, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019, p. 5, en ligne : <<https://english.euthanasiacommissie.nl/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>>.

<sup>280</sup> *Id.*, p. 12-13.

<sup>281</sup> *Id.*, p. 19.

<sup>282</sup> *Id.*, p. 54-55.

<sup>283</sup> *Id.*, p. 56.

consultation d'un collègue, une consultation avec un psychiatre indépendant quant aux éléments mentionnés précédemment<sup>284</sup>. Le médecin indique qu'il avait toutefois la conviction que la patiente remplissait les critères de diligence requise et il s'agissait d'un oubli; la commission conclut que la preuve concernant les critères de diligence requise est toutefois insuffisante considérant l'absence de consultation d'un psychiatre indépendant<sup>285</sup>.

Le nombre de demandes d'AMM soumises aux psychiatres néerlandais ne cesse de croître<sup>286</sup>; or, en 2016, seulement 4% de ces demandes ont été accueillies<sup>287</sup>.

Autant dans les cas acceptés que refusés, la raison principale invoquée pour demander l'euthanasie était la présence de souffrances sans perspective d'amélioration ou la présence de sentiments dépressifs<sup>288</sup>. En ce qui concerne les cas d'AMM administrés, les patients souffraient de maladies psychiatriques avec un historique complexe et chronique<sup>289</sup>.

La majorité des cas refusés l'ont été pour des raisons personnelles au psychiatre, les psychiatres pouvant refuser de participer à une euthanasie, ou alors que les critères de diligence requise n'étaient pas remplis, notamment le critère concernant l'absence d'alternatives raisonnables<sup>290</sup>.

Les auteurs d'une étude notent qu'il existe une grande variété d'options de traitement pour les maladies psychiatriques, et qu'il peut donc être difficile pour un psychiatre de déterminer qu'il n'existe aucune alternative raisonnable; ceci pourrait relever d'une interprétation subjective du psychiatre, selon ce qu'il considère comme étant un traitement raisonnable et efficace<sup>291</sup>.

---

<sup>284</sup> *Id.*, p. 60.

<sup>285</sup> *Id.*, p. 61.

<sup>286</sup> 320 demandes en 1995, 500 demandes en 2008 et 1100 demandes en 2016.

<sup>287</sup> BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN et al., préc., note 278, p. 22.

<sup>288</sup> Kirsten EVENBLIJ, H. Roeline W. PASMAN, Rosalie PRONK et Bregje D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, « Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists », (2019) 19-1 *BMC Psychiatry* 74, en ligne : <<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>>.

<sup>289</sup> Scott Y. H. KIM, Raymond G. De VRIES et John R. PETEET, « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », (2016) 73-4 *JAMA Psychiatry* 362-368, en ligne : <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2491354>>.

<sup>290</sup> Dans 53,1% des cas, le critère concernant l'absence d'alternatives raisonnable n'était pas rempli. BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN et al., préc., note 278.

<sup>291</sup> K. EVENBLIJ et al., préc., note 288.

Ainsi, force est de constater que les cas d'AMMP constituent une portion minuscule des cas d'AMM aux Pays-Bas. De plus, la grande majorité des demandes d'AMM formulées en contexte de maladie psychiatrique sont refusées. Ces statistiques sont significatives dans la mesure où elles permettent de démontrer que s'il y avait une problématique concernant ce type de cas, elle ne toucherait qu'une infime partie de la population.

4. *Est-ce que des éléments portent à croire qu'il y a présence d'une pente glissante quant à l'euthanasie psychiatrique aux Pays-Bas?*

Suivant l'analyse des cas par les RTE, les cas jugés non conformes sont remis au procureur général, lequel décide si la preuve au dossier porte vers des accusations criminelles. Dans le contexte de l'euthanasie pour cause de santé mentale, un seul cas a été judiciairisé à présent<sup>292</sup>. Or, le médecin a été acquitté par la Cour, alors que le tribunal conclut que tous les critères de la loi ont été remplis<sup>293</sup>. En effet, la juge affirme que le médecin avait raison de suivre les désirs énoncés par la dame, alors qu'il n'existe aucune obligation légale de vérifier qu'elle maintient un « désir de mort » au moment de l'administration de l'euthanasie<sup>294</sup>.

Une étude révèle que les demandes d'AMM accueillies font l'objet d'un travail important de la part des médecins impliqués, avec de multiples consultations; dans la révision des cas, les RTE défèrent généralement au jugement du médecin ayant administré l'euthanasie, il y a donc très peu de cas jugés comme étant non conformes<sup>295</sup>.

Finalement, au terme d'une étude analysant les données provenant de toutes les études nationales de 1990 à 2005, afin de déterminer s'il existait un risque accru pour les personnes appartenant à des groupes vulnérables, des chercheurs ont affirmé qu'il n'y avait pas de risque

---

<sup>292</sup> Il s'agit du cas d'une patiente de 74 ans souffrant de démence sévère, laquelle avait énoncé dans ses DMA qu'elle souhaite mourir plutôt que de vivre dans une maison de soins. Le médecin décida, avant son transfert dans une maison de soins, que le moment était venu de procéder à l'euthanasie, suivant consultation avec deux médecins indépendants. Lors de l'administration, le médecin a donné un somnifère à la patiente et a demandé à des membres de sa famille de la maintenir immobile. Daniel BOFFEY, « Dutch doctor acquitted in landmark euthanasia case », *The Guardian*, 11 septembre 2019, en ligne : <<https://www.theguardian.com/world/2019/sep/11/dutch-court-clears-doctor-in-landmark-euthanasia-trial>>.

<sup>293</sup> *Id.*

<sup>294</sup> *Id.*

<sup>295</sup> S. Y. H. KIM *et al.*, préc., note 289.

accru pour les gens souffrant d'une maladie psychiatrique<sup>296</sup>. Les auteurs affirment que quoique l'euthanasie soit permise dans le contexte de la santé mentale, elle ne se produit que très rarement<sup>297</sup>.

Ainsi, les craintes concernant une possible « pente glissante » aux Pays-Bas s'avèrent pour le moment non fondées, alors que les études révèlent que les critères de diligence requise sont respectés par les médecins et qu'il n'y a pas de risque accru pour les personnes souffrant de maladies mentales.

#### 5. Conclusion quant aux Pays-Bas : absence de pente glissante et rareté des cas psychiatriques

Ainsi, l'étude du contexte des Pays-Bas nous permet de constater que la légalisation de l'euthanasie pour cause de santé mentale ne crée pas de ruée vers l'euthanasie chez cette population, alors que l'euthanasie dans les cas de santé mentale ne représentait que 1% des cas en 2018. Les chiffres concernant le nombre de demandes formulées comparativement au nombre de demandes acceptées permettent également de constater que les médecins étudient minutieusement les demandes de ces patients, tel qu'il leur est demandé par les lignes directrices.

Le cas des Pays-Bas ne démontre donc pas de pente glissante quant à l'euthanasie dans le contexte de la santé mentale : des mesures de sauvegarde ont été adoptées et elles sont respectées dans la quasi-totalité des cas. Les populations dites vulnérables sont ainsi protégées par de telles mesures.

#### B. La situation en Belgique : cohésion malgré une loi laissant plus de place à l'interprétation des professionnels de la santé

La situation en Belgique quant à l'euthanasie est fréquemment utilisée comme exemple par divers intervenants. En effet, la loi belge sur l'euthanasie est considérée par plusieurs comme étant la

---

<sup>296</sup> Margaret P BATTIN, Agnes VAN DER HEIDE, Linda GANZINI et Gerrit VAN DER WAL, « Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups », (2007) 33-10 *Journal of Medical Ethics* 591-597, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652799/>>.

<sup>297</sup> En 2001, on estimait que 3% des demandes d'euthanasie reçues étaient pour des cas de patients atteints de maladies psychiatriques; aucun cas ne fut toutefois accepté. En 2005, pour 2 400 cas d'euthanasie recensés, on estime à moins de 10 ceux concernant une maladie psychiatrique. *Id.*

loi la plus permissive au monde; l'exemple belge est ainsi souvent utilisé par les individus désirant restreindre l'accès à l'euthanasie, en utilisant la situation belge comme un exemple d'une possible pente glissante.

Certains éléments de la situation belge peuvent démontrer une tendance vers la possibilité d'une dérive, notamment alors que la loi permet une interprétation large des critères par les professionnels impliqués. Ceci étant dit, nous ne sommes pas aux portes de la « pente glissante ».

### 1. *La légalisation de l'euthanasie en Belgique*

Conformément à *Loi relative à l'euthanasie* (« **Loi belge** »)<sup>298</sup>, les critères suivants doivent notamment être respectés :

- Le patient doit être majeur ou mineur émancipé, apte à consentir et conscient au moment de la formulation de sa demande<sup>299</sup> ;
- La demande doit être formulée volontairement, de façon réfléchie et répétée<sup>300</sup>;
- Le patient doit être atteint d'une condition médicale sans issue, faisant état d'une souffrance physique et psychique constante et insupportable, laquelle ne peut être apaisée. Il doit être atteint d'une maladie qui est grave et incurable<sup>301</sup>;
- Le patient doit avoir été informé, par le médecin traitant, de son pronostic, de son espérance de vie, des possibilités de traitement et ils doivent arriver, ensemble, à la conviction qu'il n'existe aucune solution raisonnable dans ce contexte<sup>302</sup>;
- Le médecin doit s'assurer de la persistance de la souffrance physique et psychique du patient<sup>303</sup>;
- Le médecin doit consulter un autre médecin relativement au caractère grave et incurable de la maladie<sup>304</sup>.

---

<sup>298</sup> 28 mai 2002, *Loi relative à l'euthanasie*, Moniteur belge 22 juin 2002, p. 28515 [*Loi belge sur l'euthanasie*], en ligne : < [http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22\\_1.pdf#Page16](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#Page16) >.

<sup>299</sup> *Id.*, art. 3, par. 1.

<sup>300</sup> *Id.*

<sup>301</sup> *Id.*

<sup>302</sup> *Id.*, art. 3, par. 2.

<sup>303</sup> *Id.*

<sup>304</sup> *Id.*

Dans le contexte où le médecin traitant est de l'avis que le décès du patient n'arrivera pas à brève échéance, il doit, en plus, consulter un second médecin, lequel doit être un psychiatre ou un spécialiste de la condition du patient; celui-ci devra analyser le dossier et rencontrer le patient concerné, afin de s'assurer du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique et psychique du patient<sup>305</sup>. Dans une telle situation, il doit également s'écouler un délai d'au moins un mois entre la demande d'euthanasie et la procédure<sup>306</sup>.

La *Loi* crée également la *Commission fédérale de contrôle et d'évaluation* (ci-après « *la Commission fédérale* »)<sup>307</sup>.

## 2. *Les mesures de sauvegarde supplétives à celles prévues dans la législation belge*

En plus des mesures de sauvegarde prévues par la loi, plusieurs lignes directrices additionnelles ont été implantées par divers hôpitaux et associations psychiatriques à travers la Belgique afin d'aller au-delà de ce qui est requis par la *Loi belge*<sup>308</sup>. Ces protocoles ajoutent ou suggèrent plusieurs mesures de sauvegarde additionnelles, dont notamment l'obtention de deux avis positifs quant aux critères d'admissibilité à l'euthanasie par au moins deux psychiatres; un système d'évaluation *a priori* de la conformité des cas et une approche à deux voies, alors que l'évaluation du cas d'un patient est réalisée en même temps que le traitement contenu de sa condition<sup>309</sup>.

## 3. *Recensement des cas psychiatriques et particularités*

Comme dans le cas des Pays-Bas, des rapports statistiques émis par la Commission<sup>310</sup>, ainsi que plusieurs études, font état de statistiques et de particularités quant aux cas d'AMMP. Ces données

<sup>305</sup> *Id.*, art. 3, par. 3.

<sup>306</sup> *Id.*

<sup>307</sup> La Commission est chargée de superviser et analyser les documents d'enregistrement d'euthanasie remplis par les médecins. Elle est également chargée de produire des rapports statistiques, comprenant également des recommandations. *Id.*, ch. 5.

<sup>308</sup> Monica VERHOFSTADT, Kristof VAN ASSCHE, Sigrid STERCKX, Kurt AUDENAERT et Kenneth CHAMBAERE, « Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making », (2019) 64 *International Journal of Law and Psychiatry* 150-161, en ligne : <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252719300068>>.

<sup>309</sup> *Id.*

<sup>310</sup> COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Huitième rapport annuel aux Chambres législatives années 2016 - 2017*, Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 2018, en

confirment, encore une fois, que l'euthanasie dans le contexte de la maladie psychiatrique est une exception qui ne se produit que très rarement.

En 2019, 2655 déclarations d'euthanasie ont été reçues par la Commission et 1,8% de celles-ci étaient sur la base de troubles mentaux et du comportement<sup>311</sup>. Le nombre d'euthanasies dans des cas psychiatriques semble demeurer constant eu égard au nombre de cas total<sup>312</sup>. La Commission a estimé que tous les cas étaient conformes à la loi et aucun cas n'a été transféré au procureur pour étude<sup>313</sup>.

La majorité des patients ayant reçu une euthanasie pour cause de santé mentale souffraient d'un trouble de l'humeur<sup>314</sup> ou d'un trouble symptomatique (ex. : démence, Alzheimer)<sup>315</sup>; les autres patients souffraient soit d'un trouble de la personnalité et du comportement<sup>316</sup>, de schizophrénie<sup>317</sup>, d'un trouble symptomatique (ex. : autisme)<sup>318</sup>, d'un trouble névrotique ou lié à des facteurs de stress<sup>319</sup> ou d'un trouble complexe (combinaison de troubles)<sup>320</sup>.

Une étude a été formulée afin de noter les particularités des 100 premières demandes d'euthanasie référées à une psychiatre belge entre octobre 2007 et décembre 2011<sup>321</sup>. Dans cette

---

ligne : <[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8\\_rapport-euthanasie\\_2016-2017-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf)>.

<sup>311</sup> SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Euthanasie – Chiffres de l'année 2019 », *Santé Publique*, 3 mars 2020, en ligne : <<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>>.

<sup>312</sup> En 2016, 2028 euthanasies ont été pratiquées; de ce nombre, 37 (1,8%) étaient des patients souffrant de troubles mentaux. En 2017, 2309 euthanasies ont été pratiquées; 40 (1,7%) étaient des patients souffrant de troubles mentaux. COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, préc., note 310, p. 2-3.

<sup>313</sup> SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, préc., note 311.

<sup>314</sup> Sur 40 cas d'euthanasie pour trouble mental en 2017, 12 souffraient d'un trouble de l'humeur; en 2016, ce fut 11 patients sur 37.

<sup>315</sup> En 2017, 14 patients souffraient d'un trouble symptomatique, contre 10 en 2016.

<sup>316</sup> Respectivement 3 patients en 2016 et 2017.

<sup>317</sup> 1 patient en 2017, 3 patients en 2016.

<sup>318</sup> 5 patients en 2017, aucun patient en 2016.

<sup>319</sup> 3 patients en 2017, 5 patients en 2016.

<sup>320</sup> 2 patients en 2017, 5 patients en 2016. SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, préc., note 311.

<sup>321</sup> Lieve THIENPONT, Monica VERHOFSTADT, Tony Van LOON, Wim DISTELMANS, Kurt AUDENAERT et Peter P. De DEYN, « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study », (2015) 5-7 *BMJ Open*, en ligne : <<https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454>>.



étude, on note que tous les patients étaient atteints de souffrances chroniques, constantes et intolérables, sans perspective d'amélioration puisqu'ils souffraient tous d'une résistance aux traitements<sup>322</sup>. Tous les patients étaient aptes à consentir<sup>323</sup>.

Au total, 48 demandes d'euthanasie furent acceptées par la psychiatre et une euthanasie a eu lieu dans 35 de ces cas<sup>324325</sup>. En ce qui concerne les 52 demandes d'euthanasie qui ne furent pas acceptées, 38 patients ont retiré leur demande d'euthanasie avant qu'une décision soit obtenue, 8 patients ont maintenu leur demande, 4 patients se sont suicidés et 2 patients sont décédés naturellement<sup>326</sup>.

4. *Est-ce que des éléments portent à croire qu'il y a présence d'une pente glissante quant à l'euthanasie psychiatrique en Belgique?*

La *Loi belge* est considérée comme étant l'une des lois sur l'euthanasie les plus permissives au monde. Ainsi, plusieurs experts sont d'avis que les particularités du système belge sont propices à l'apparition d'une pente glissante.

En effet, le professeur Trudo Lemmens<sup>327</sup> est d'avis qu'un système comme celui de la Belgique, où certains critères d'admissibilité sont plus larges et portent à l'interprétation, crée une expansion de l'euthanasie à travers l'interprétation des critères par les médecins<sup>328</sup>. Le professeur Lemmens affirme que le critère d'une « situation médicale sans issue » est un critère vague et ouvert à une interprétation large, et que le critère d'une « souffrance physique et psychique constante et insupportable » apporte une interprétation fortement subjective<sup>329</sup>. Ces critères, de son avis, ouvrent la porte à des euthanasies controversées et problématiques, comme

---

<sup>322</sup> *Id.*

<sup>323</sup> *Id.*

<sup>324</sup> Deux patients se sont suicidés avant que l'euthanasie ait lieu; 11 patients ont décidé de remettre l'euthanasie à plus tard ou d'annuler la procédure.

<sup>325</sup> L. THIENPONT et al., préc., note 321.

<sup>326</sup> *Id.*

<sup>327</sup> Professeur de droit à l'université de Toronto et spécialiste de la situation de l'euthanasie en Belgique. Il a été expert sur de nombreux panels, ainsi qu'expert pour le PGC dans la cause Truchon.

<sup>328</sup> Trudo LEMMENS, « The Conflict Between Open-ended Access to Physician-Assisted Dying and the Protection of the Vulnerable: Lessons from Belgium's Euthanasia Regime in the Post-Carter Era », dans *Les grands conflits en droit de la santé: Les rencontres en droit de la santé*, 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 294.

<sup>329</sup> *Id.*, p. 296.

l'euthanasie dans le contexte de la maladie mentale<sup>330</sup>. Le professeur Lemmens se questionne également quant au réel nombre d'euthanasies réalisées dans certaines régions belges; une étude de 2010, réalisée en Flandres, rapporte que seulement la moitié des cas d'euthanasie dans cette région avaient été rapportés<sup>331</sup>. Ces statistiques ne traitent toutefois pas spécifiquement de la santé mentale.

Très peu de cas ont été transmis au procureur de l'État pour étude et encore moins de cas ont été judiciairisés par la suite. En fait, un seul cas fut judiciairisé<sup>332</sup>, soit celui de Tine Nys. Mme Nys était âgée de 38 ans et souffrait de problèmes psychiatriques<sup>333</sup>; or, sa famille était d'avis que sa condition était encore traitable et qu'il était erroné d'affirmer que sa condition était désespérée et incurable<sup>334</sup>. Les trois médecins ont été acquittés au terme de la poursuite; le ministère public a toutefois réussi à démontrer qu'ils avaient contrevenu à la *Loi belge*, par contre le jury n'est pas parvenu à déterminer avec certitude que les procédures de la loi avaient été violées<sup>335</sup>. Suivant le jugement rendu à la fin janvier 2020, la famille a introduit un pourvoi en cassation contre l'acquittement des médecins<sup>336</sup> et un nouveau procès civil vient d'être ordonné<sup>337</sup>.

---

<sup>330</sup> *Id.*

<sup>331</sup> *Id.*, p. 291.

<sup>332</sup> Il ne s'agit toutefois pas d'accusations apportées par le procureur général, mais plutôt d'une poursuite privée déposée par la famille de la défunte. Raf CASERT, «Belgian court acquits 3 doctors in landmark euthanasia case», *CTV News*, 31 janvier 2020, en ligne : <<https://www.ctvnews.ca/health/belgian-court-acquits-3-doctors-in-landmark-euthanasia-case-1.4791611>>.

<sup>333</sup> Elle venait notamment d'avoir un diagnostic d'autisme et n'avait reçu aucun traitement pour cette condition. *Id.* ; Christian RIOUX, « Un procès sur l'aide à mourir déchire la Belgique », *Le Devoir*, 30 janvier 2020, en ligne : <<https://www.ledevoir.com/monde/europe/571801/le-proces-qui-dechire-la-belgique>>.

<sup>334</sup> *Id.*

<sup>335</sup> DH Les SPORTS+, « Procès euthanasie: les trois médecins accusés du meurtre de Tine Nys ont été acquittés, applaudissements dans la salle », *DH Les Sports +*, 31 janvier 2020, en ligne : <<https://www.dhnet.be/actu/belgique/proces-euthanasie-les-trois-medecins-accuses-du-meurtre-de-tine-nys-ont-ete-acquittes-5e33ae279978e23487ff13f3>>.

<sup>336</sup> Eric STEFFENS, « Euthanasie : La famille de Tine Nys introduit un pourvoi en Cassation contre l'acquittement des trois médecins », *VRT NWS*, 18 février 2020, en ligne : <<https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/02/18/euthanasie-la-famille-de-tine-nys-introduit-un-pourvoi-en-cass/>>.

<sup>337</sup> LA LIBRE.BE, « Un nouveau procès au civil contre le médecin qui a euthanasié Tine Nys », *La Libre.be*, 15 septembre 2020, en ligne : <<https://www.lalibre.be/belgique/judiciaire/un-cas-d-euthanasie-devant-les-assises-la-cour-de-cassation-decide-d-un-nouveau-proces-5f60b8b1d8ad58621913f347>>.

Dans un autre cas, la Commission a déterminé que les agissements d'un médecin allaient à l'encontre des critères de la *Loi belge* et le dossier fut transmis au procureur général<sup>338</sup>. Il s'agissait du cas d'une femme de 85 ans, dépressive suivant le décès de sa fille; malgré la prise d'antidépresseurs, les demandes de la dame pour recevoir l'euthanasie étaient constantes, et finalement son médecin lui a administré une dose de barbiturique, entraînant son décès<sup>339</sup>.

Or, suivant analyse, le procureur général a déterminé que les agissements du médecin ne constituaient pas une euthanasie puisque la patiente a elle-même ingéré la médication, au lieu que le médecin l'injecte<sup>340</sup>. Il a donc conclu que le médecin avait assisté au suicide de la dame; les procédures criminelles n'ont donc pas été déposées<sup>341</sup>.

Ainsi, malgré les craintes de certains experts, aucune preuve n'existe quant à la survenance d'une pente glissante : aucuns cas n'ont été judiciairisés par le procureur général, lequel étudie minutieusement les dossiers référés par la Commission, qui étudie les dossiers préalablement.

#### 5. *Conclusion quant à la Belgique : absence d'une pente glissante malgré une interprétation plus large des critères d'admissibilité de la loi*

Tout comme pour les Pays-Bas, les données émanant de la Belgique permettent de démontrer que l'euthanasie en contexte de maladie mentale est une pratique extrêmement rare.

Certains aspects de la situation en Belgique peuvent toutefois démontrer une tendance vers une possible dérive, alors que la loi comporte certains aspects vagues et imprécis, apportant une interprétation large par les acteurs concernés. Divers éléments sont également problématiques relativement à la Commission, alors que les déclarations obtenues sont anonymes et qu'il existe plusieurs critiques quant à la fiabilité des données recueillies.

---

<sup>338</sup> THE WORLD FEDERATION OF RIGHT TO DIE SOCIETIES, « Belgian physician dismissed of legal proceedings », *The World Federation of Right to Die Societies*, 6 mai 2019, en ligne : <<https://www.worldrtd.net/news/belgian-physician-dismissed-legal-proceedings>>.

<sup>339</sup> Xavier SYMONS, « Belgian euthanasia doctor faces criminal charges », *BioEdge*, 31 octobre 2015, en ligne : <<https://www.bioedge.org/bioethics/belgian-euthanasia-doctor-faces-criminal-charges/11635>>.

<sup>340</sup> THE WORLD FEDERATION OF RIGHT TO DIE SOCIETIES, préc., note 338.

<sup>341</sup> *Id.*

Des études externes, telles que les études de la docteure Thienpont, permettent d'obtenir davantage d'informations quant aux demandes d'euthanasie spécifiquement dans le contexte de la maladie psychiatrique.

La situation belge peut donc servir de mise en garde aux autres législations et elle a été étudiée de fond en comble dans le contexte de la mise en place du système actuellement en place au Canada.

#### **IV. ANALYSE DES MESURES DE SAUVEGARDE POTENTIELLES ET DES PERSPECTIVES DE MISE EN ŒUVRE ÉVENTUELLE DE L'AMMP AU CANADA**

Suivant l'analyse de l'historique ayant mené à l'adoption des lois québécoise et fédérale sur l'aide médicale à mourir, et suivant l'étude des cas de la Belgique et des Pays-Bas, il nous apparaît opportun de se pencher, à ce stade-ci, sur le respect des mesures en place au Québec et au Canada. Bien que l'AMMP ne soit toujours pas permise, il est intéressant de se pencher sur la situation actuelle au Canada eut égard aux cas d'AMM qui ont actuellement lieu et à leurs caractéristiques, afin de voir s'il existe des éléments permettant de statuer sur l'existence d'une pente glissante au Canada.

Suivant l'entrée en vigueur de la LSFV, la CSFV a produit un premier rapport concernant la période allant du 10 décembre 2015 au 31 mai 2018<sup>342</sup>. Selon les observations de la CSFV, la très grande majorité des cas d'AMM administrés répondaient aux critères de la LSFV<sup>343</sup>. En effet, sur les 1 498 cas d'AMM administrés pendant cette période, la CSFV a conclu à un non-respect d'un critère dans seulement 4% (66) des cas<sup>344</sup>.

---

<sup>342</sup> COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec: Du 10 décembre 2015 au 31 mai 2018*, Québec, Publications du Québec, 2019.

<sup>343</sup> *Id.*, p. 52.

<sup>344</sup> Dans 5 cas, la CSFV était d'avis que le patient n'était pas atteint d'une maladie grave et incurable, malgré que les autres critères de la LSFV étaient respectés (trois personnes présentaient un handicap; une personne souffrait d'un syndrome restrictif respiratoire; l'autre souffrait d'un délirium cyclique post-chute). Dans deux cas, le patient n'était pas en fin de vie. Dans quatre cas, le patient n'était pas assuré au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Dans les 55 autres cas, un critère de vérification préalable par le médecin n'avait pas été rempli : par exemple, il n'était pas indépendant ou il ne s'était pas assuré par lui-même du caractère éclairé de la demande. *Id.*, p. 45.

Le rapport de la CSFV nous apprend également que dans 78% des cas, les patients étaient atteints d'un cancer<sup>345</sup>. L'âge moyen des gens ayant reçu l'AMM était de 72 ans et que les hommes représentent 53% des cas contre 46% de femmes<sup>346</sup>.

La CSFV a également étudié 830 demandes d'AMM qui n'avaient pas été administrées<sup>347</sup>. Ces demandes, qui équivalent à 34% des demandes d'AMM formulées, n'ont pas été administrées en grande partie puisque le patient ne remplissait pas à l'ensemble des conditions d'admissibilité<sup>348</sup>.

Du côté du gouvernement fédéral, quatre rapports intérimaires ont été publiés jusqu'à présent<sup>349</sup>. Le *Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada* (ci-après « **Quatrième rapport intérimaire** »)<sup>350</sup>, présente le nombre de décès attribués à l'AMM au Canada<sup>351</sup> :

- Du 17 juin au 31 décembre 2016 : 510 ;
- Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2017 : 875 ;
- Du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2017 : 1 086 ;
- Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2018 : 2 614<sup>352</sup>.

Pendant la quatrième période d'évaluation<sup>353</sup>, l'âge moyen des gens ayant reçu l'AMM était de 72 ans, et il y avait 51% d'hommes pour 49% de femmes<sup>354</sup>. Quant à la condition médicale sous-jacente des patients ayant reçu l'AMM, 64% d'entre eux étaient atteints d'un cancer<sup>355</sup>.

---

<sup>345</sup> 10% des patients souffraient d'une maladie neurodégénérative, 6% d'une maladie pulmonaire et 4% d'une maladie cardiaque ou vasculaire. *Id.*, p. 35.

<sup>346</sup> *Id.*, p. 34.

<sup>347</sup> *Id.*, p. 56.

<sup>348</sup> *Id.*, p. 64.

<sup>349</sup> La mise en œuvre du Programme de surveillance de l'AMM, sensé collecter les données concernant les demandes d'AMM au pays, n'est pas encore complétée et le premier rapport officiel devrait être publié quelque part en 2020. SANTÉ CANADA, *2020–21 Plan ministériel : Santé Canada*, Canada, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 10 mars 2020, [Plan ministériel], en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2020-2021-rapport-plans-priorites.html>>.

<sup>350</sup> Pour le moment, les rapports intérimaires ne font pas état des demandes d'AMM non administrées ou du respect des critères de la Loi.

<sup>351</sup> À l'exception du Québec, des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut.

<sup>352</sup> SANTÉ CANADA, *Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Canada, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, avril 2019, p. 5, [Quatrième rapport], en ligne : <[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2019/sc-hc/H14-230-4-2019-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H14-230-4-2019-fra.pdf)>.

<sup>353</sup> Soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2018.

<sup>354</sup> SANTÉ CANADA, *Quatrième rapport*, préc., note 352.

<sup>355</sup> 11% souffraient d'une maladie neurodégénérative, 16% avaient une maladie du système circulaire ou respiratoire et le dernier 9% souffrait d'autres maladies. *Id.*, p. 6.

Dans une étude menée en Ontario, de façon rétrospective<sup>356</sup>, on confirme que les gens décédés de l'AMM étaient plus jeunes, avaient un revenu supérieur et étaient moins susceptibles de résider dans un établissement de soin, comparativement à la population des décès généraux<sup>357</sup>. Les auteurs affirment que ces conclusions démontrent qu'il est improbable que les demandes d'AMM acceptées soient le fruit d'une vulnérabilité sociale ou économique<sup>358</sup>.

Ainsi, les données mises de l'avant démontrent une similarité avec les données provenant des autres juridictions ayant légalisé l'AMM. En effet, les données démographiques démontrent que ce sont des gens âgés de 72 ans en moyenne qui obtiennent l'AMM ; cette donnée ressemble à ce qui se produit aux Pays-Bas et en Belgique, où il n'existe pas de critère de MNRP. Quant aux conditions médicales invoquées, la grande majorité des patients souffrent d'un cancer; encore une fois, ceci ressemble à la situation des pays du Benelux, comme la Belgique, où la raison principale est le cancer (tumeurs), et ce malgré que l'AMM soit disponible pour cause de maladie mentale<sup>359</sup>. Finalement, les données de l'étude ontarienne confirment la tendance : les auteurs, au terme de leur étude, affirment que les gens ayant obtenu l'AMM ne souffraient vraisemblablement pas d'une vulnérabilité sociale ou économique.

Ainsi, le tout confirme qu'à ce stade-ci, il ne semble pas avoir de dérive, ou de « pente glissante », dans l'administration de l'AMM au Canada. Les données démographiques sont similaires à celles provenant des autres juridictions étudiées ; il n'existe pas de preuve selon laquelle la population obtenant l'AMM souffre d'une quelconque vulnérabilité<sup>360</sup>. De plus, le rapport de la CSFV démontre que les critères d'admissibilité ont été respectés dans 96% des cas. Le non-respect des critères d'admissibilité est donc extrêmement marginal, et il relève d'une technicité.

---

<sup>356</sup> L'objectif de l'étude était de déterminer les caractéristiques cliniques et démographiques des patients étant décédés suivants l'administration de l'AMM comparativement à la population des décès généraux.

<sup>357</sup> James DOWNAR, Robert A. FOWLER, Roxanne HALKO, Larkin Davenport HUYER, Andrea D. HILL et Jennifer L. GIBSON, « Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study », (2020) 192-8 *Canadian Medical Association Journal* E173-E181, en ligne : <<https://www.cmaj.ca/content/192/8/E173>>.

<sup>358</sup> *Id.*

<sup>359</sup> COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, préc., note 310, p. 19.

<sup>360</sup> De toute façon, nous souhaitons rappeler que selon l'honorable juge Baudoin dans le jugement *Truchon*, la vulnérabilité équivaut à l'inaptitude à consentir. Considérant que les professionnels de la santé sont capables d'évaluer l'aptitude à consentir des patients et qu'un patient doit être apte à consentir afin d'obtenir l'AMM, la question de la vulnérabilité ne devrait pas se poser.

Ces données démontrent ainsi que la situation actuelle au Canada est sous contrôle et qu'aucune dérive n'est soulevée par les différentes instances en charge de surveiller l'application des lois sur l'AMM; au contraire, dans son rapport, la CSFV recommande qu'on envisage d'élargir les conditions d'admissibilité à l'AMM suivant consultation de la population québécoise<sup>361</sup>.

La section suivante portera justement sur les différentes mesures de sauvegarde proposées, à plusieurs moments, dans l'optique de la légalisation de l'AMMP.

#### **A. Présentation des mesures de sauvegarde potentielles pouvant être utilisées dans le contexte de l'AMMP**

Plusieurs mesures de sauvegarde ont été proposées par des groupes et chercheurs impliqués dans le milieu de l'AMM et de la santé mentale. Il s'agit de mesures de sauvegarde additionnelles qui pourraient ne s'appliquer qu'à l'AMMP, dans l'objectif de prévenir la sur-inclusion de cas qui ne devraient pas obtenir l'AMM considérant une inadmissibilité<sup>362</sup>. Afin de justifier de telles mesures de sauvegarde additionnelles, il faudrait démontrer que ces mesures de sauvegarde protègent les personnes demandant l'AMMP de risques auxquels les autres personnes cherchant à obtenir l'AMM ne sont pas confrontées<sup>363</sup>.

La présente section met en lumière des mesures de sauvegarde suggérées par le comité d'experts du Conseil des académies canadiennes (ci-après « **CAC** »), ainsi que par le Groupe d'Halifax, regroupant des experts ayant participé à la rédaction du rapport du CAC en 2018, et le Groupe consultatif d'experts (ci-après « **GCE** »), un groupe d'experts créé en février 2020 pour répondre au rapport du Groupe d'Halifax. Le Groupe d'Halifax et le GCE<sup>364</sup> ont été créés spécifiquement

<sup>361</sup> COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, préc., note 342, p. 66.

<sup>362</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2, p. 197.

<sup>363</sup> *Id.*

<sup>364</sup> Il est à noter toutefois que le GCE est contre l'AMM pour seule cause de maladie mentale puisqu'ils indiquent qu'il est impossible de déterminer le caractère irrémédiable d'une maladie mentale, ainsi que la présence d'un déclin irréversible. La recommandation principale du GCE est que l'AMM pour seule cause de maladie mentale soit clairement prohibée, car elle ne remplit pas les critères d'éligibilité de l'AMM. GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS SUR L'AMM, *Le Canada a la croisée des chemins: Recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental. Une critique fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP.*, Toronto, 2020, en ligne : <<https://static1.squarespace.com/static/5e3dcbaafb4d851392a9298f/t/5e4843fbbc62bd1912483ded/1581794301960/Critique+du+rapport+IRPP+et+recommandations-13fev-FINALEdoi.pdf>>. ; GROUPE D'HALIFAX,

pour proposer des modifications aux lois fédérale et québécoise suivant les contestations juridiques.

Nous proposons nos conclusions quant à l'inclusion de certaines mesures ou non dans une éventuelle législation concernant l'AMMP. Nous sommes toutefois d'avis que l'ajout de mesures de sauvegarde concernant l'AMMP devrait faire partie d'un débat démocratique, afin d'obtenir le plus grand consensus relativement aux mesures de sauvegarde qui sont réellement nécessaires afin de rassurer la population, tout en permettant aux gens admissibles à l'AMMP de l'obtenir sans que leurs droits soient brimés.

### 1. *Une consultation additionnelle en psychiatrie*

Tel que mentionné précédemment dans la section sur l'expérience étrangère, un tel critère d'admissibilité existe en Belgique et aux Pays-Bas, alors qu'une consultation additionnelle est requise lorsque la mort de l'individu demandant l'AMM n'est pas imminente<sup>365</sup>. Une évaluation provenant spécifiquement d'un psychiatre est également requise, mais pas toujours respectée, aux Pays-Bas et en Belgique dans un contexte de demande d'AMMP<sup>366</sup>.

Une telle mesure de sauvegarde avait été étudiée au Canada dans le contexte du projet de loi C-14, et elle avait finalement été rejetée<sup>367</sup>.

Une telle mesure de sauvegarde pourrait toutefois être intéressante, au niveau d'une demande d'AMMP, afin d'assurer l'apport spécifique d'un psychiatre sur la maladie mentale dont souffre le demandeur, le pronostic ainsi que l'aptitude du patient<sup>368</sup>.

Il existe toutefois plusieurs problématiques en lien avec une telle mesure de sauvegarde. Tout d'abord, tel que mentionné précédemment dans la section sur la situation à l'extérieur du Canada

---

*L'aide médicale à mourir: le cas des personnes dont la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée*, Rapport IRPP, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, 2020, p. 30, en ligne : <<https://irpp.org/wp-content/uploads/2020/02/Aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-le-cas-des-personnes-dont-la-maladie-mentale-est-la-seule-condition-m%C3%A9dicale-invoquee.pdf>>.

<sup>365</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2, p. 198.

<sup>366</sup> *Id.*, p. 199.

<sup>367</sup> *Id.*, p. 200.

<sup>368</sup> *Id.*



(section IV), il existe des désaccords entre les experts quant à l'incurabilité de certaines maladies psychiatriques et quant au pronostic; l'opinion émise pourrait donc fluctuer selon le psychiatre consulté. Certains membres du groupe de travail du CAC indiquent qu'une solution serait de renforcer la mesure de sauvegarde en demandant à ce que tous les conseillers impliqués dans la demande d'AMM soient d'avis que le patient est admissible à l'AMM avant de procéder à l'administration<sup>369</sup>.

Des membres du groupe de travail du CAC sont également d'avis qu'une telle mesure pourrait engendrer des retards ou obstacles inutiles dans le cadre de leur demande d'AMM<sup>370</sup>.

#### a. Sélection d'une telle mesure de sauvegarde

Nous sommes d'avis qu'une consultation en psychiatrie pourrait être un élément ajouté dans le cadre d'une éventuelle législation portant sur l'AMMP. Ceci rejoint ce qui est déjà proposé dans le PL C-7 concernant les autres maladies pouvant mener à une demande d'AMM et dans la mesure où la maladie mentale relève de la psychiatrie, une telle consultation pourrait effectivement servir à confirmer bon nombre d'éléments dans le contexte d'une demande d'AMM.

Ceci étant dit, nous sommes d'avis qu'une telle consultation ne devrait pas se limiter à celle d'un psychiatre spécifiquement ; une telle mesure de sauvegarde devrait permettre à un patient de consulter le professionnel de la santé, dans le domaine de la psychiatrie, de son choix. Dans un objectif d'accessibilité, alors que les psychiatres se font rares dans plusieurs régions, il devrait être permis qu'un patient consulte un travailleur social, une infirmière praticienne spécialisée en psychiatrie, ou un psychologue, dans la mesure où ce professionnel de la santé est dans la mesure de se positionner sur la maladie mentale du patient et de son pronostic.

### 2. *Une approbation du cas par une table ronde, un comité ou un tribunal*

Une telle mesure de sauvegarde servirait de moyen additionnel afin de s'assurer que tous les critères ont été passés en revue dans le cadre du processus<sup>371</sup>. En Belgique, un document

---

<sup>369</sup> *Id.*, p. 199.

<sup>370</sup> *Id.*

<sup>371</sup> *Id.*

consultatif a recommandé que dans le contexte de la maladie psychiatrique, une table ronde ait lieu afin que tous les médecins et professionnels de la santé impliqués dans un cas puissent être engagés dans le processus décisionnel, et qu'ils prennent ensemble la décision finale sur le cas<sup>372</sup>.

Une telle mesure de sauvegarde avait été examinée et rejetée dans le cadre de l'étude du PL C-14<sup>373</sup>.

Cette mesure de sauvegarde ne pourrait toutefois être appliquée que dans un contexte où les ressources suffisantes sont disponibles<sup>374</sup>. Une telle mesure est également susceptible d'alourdir le processus chez des patients qui souffrent déjà de façon intolérable; le risque de souffrir inutilement pourrait également être exacerbé dans un contexte de limitation des ressources<sup>375</sup>. De plus, si une approbation du Tribunal s'avérait nécessaire, des coûts additionnels incomberaient aux patients afin de déposer une demande au Tribunal et assumer des frais d'avocats, le cas échéant; ceci créerait un obstacle additionnel aux personnes à faible revenu, dans la mesure où un tel processus n'est pas gratuit<sup>376</sup>.

Par contre, une telle mesure de sauvegarde n'est pas sans rappeler les comités de l'avortement thérapeutique, lesquels avaient été mis sur pieds afin de statuer sur les demandes d'avortement formulées dans les hôpitaux; une telle mesure a été déclarée inconstitutionnelle en ce qu'elle portait atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité des femmes<sup>377</sup>.

De plus, une telle mesure de sauvegarde pourrait être discutable dans la mesure où les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent prendre des décisions de fin de vie (ex. : sédation palliative, cessation de traitement, etc.) sans passer par des étapes supplémentaires, comparativement aux gens souffrant de maladies physiques<sup>378</sup>.

---

<sup>372</sup> *Id.*, p. 202.

<sup>373</sup> *Id.*

<sup>374</sup> *Id.*

<sup>375</sup> *Id.*

<sup>376</sup> *Id.*, p. 203.

<sup>377</sup> *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30.

<sup>378</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *préc.*, note 2, p. 203.

a. Sélection, sous réserve, d'une telle mesure de sauvegarde

La question de la table ronde pourrait également être intéressante dans le contexte de l'AMMP, sous certaines conditions. Une telle mesure de sauvegarde aurait comme objectif de passer en revue les dossiers d'AMMP préalablement à l'administration de l'AMM, s'assurant donc que tous les critères sont remplis. Nous sommes d'avis qu'une telle mesure de sauvegarde pourrait prendre la forme d'une rencontre de l'équipe traitante pour faire le point sur l'opinion de tous, de façon informelle et sans qu'une telle mesure soit imbriquée dans une loi. En effet, une telle mesure pourrait être intéressante dans la mesure où elle ne serait pas obligatoire, surtout dans un contexte de limitation des ressources.

Nous nous questionnons sur la nécessité d'un comité chargé spécifiquement de vérifier tous les cas d'AMMP préalablement à leur administration. Dans la mesure où deux médecins traitants sont déjà impliqués dans le processus, que leur opinion est contraignante et que les professionnels de la santé peuvent se voir imposer des sanctions importantes s'ils accordent l'AMM à un patient qui ne devrait pas l'obtenir, nous sommes d'avis qu'il n'est pas nécessaire, à un tel moment, de revalider tous les éléments d'un dossier. Il y a déjà suffisamment de mesures permettant de s'assurer que les critères d'admissibilité sont remplis. De plus, dans la mesure où un tel comité relèverait d'un tribunal, comme il a été suggéré, ceci créerait d'importants problèmes d'accessibilité. Les tribunaux du pays sont déjà fortement encombrés et une telle mesure engendrerait des coûts pour les patients.

3. *La participation de la famille et des proches*

Une telle mesure de sauvegarde pourrait prévenir une demande d'AMM qui ne refléterait pas réellement les souhaits autonomes d'un individu<sup>379</sup>. En discutant avec la famille, l'équipe traitante pourrait s'assurer que la demande d'AMM n'est pas le produit d'une influence induite sur le patient<sup>380</sup>. Il est prévu dans la loi belge que l'équipe traitante doit discuter avec les membres de la famille du patient, à moins que celui-ci ne s'y oppose<sup>381</sup>.

---

<sup>379</sup> *Id.*

<sup>380</sup> *Id.*

<sup>381</sup> *Id.*

Une telle mesure de sauvegarde pourrait toutefois brimer la vie privée et l'autonomie des patients dans certaines situations<sup>382</sup>, et elle irait donc à l'encontre de principes importants en droit de la santé au Canada.

Dans la mesure où la famille et les proches peuvent être impliqués suivant la volonté du patient, nous sommes d'avis qu'une telle mesure ne devrait pas être stipulée explicitement dans une éventuelle législation afin de ne pas brimer les droits des patients qui ne désireraient pas impliquer leurs proches dans une telle démarche.

#### 4. *Une approche à deux volets*

Une approche à deux volets consisterait, d'un côté, en une évaluation de la demande d'AMM d'un patient et de l'autre, d'une évaluation des autres options de traitement permettant de soulager les souffrances du patient<sup>383</sup>.

Il est important de se rappeler qu'au Canada, un patient n'est actuellement pas obligé d'accepter de se soumettre à un traitement afin d'être admissible à l'AMM<sup>384</sup>. Le patient est seulement dans l'obligation d'être informé des différentes options afin de donner son consentement libre et éclairé<sup>385</sup>.

Nous sommes donc d'avis qu'une telle mesure ne devrait pas faire partie d'une éventuelle législation sur l'AMMP.

#### 5. *Une formation spécialisée pour les professionnels participant à l'AMMP*

Une formation spécialisée pourrait être offerte aux professionnels de la santé participant à l'évaluation des cas d'AMMP afin que ceux-ci soient sensibilisés aux particularités de cette clientèle<sup>386</sup>. Des outils afin d'évaluer la capacité de façon plus ciblée et adéquate pourraient être développés.

---

<sup>382</sup> *Id.*, p. 204.

<sup>383</sup> *Id.*

<sup>384</sup> *Id.*

<sup>385</sup> *Id.*

<sup>386</sup> *Id.*, p. 205.

Il est toutefois impossible de déterminer le contenu précis de la formation qui serait offerte aux professionnels de la santé, ni dans quelle mesure une telle formation serait une mesure de sauvegarde efficace<sup>387</sup>.

Nous sommes d'avis qu'une telle mesure de sauvegarde pourrait faire partie d'une éventuelle législation sur l'AMMP, d'autant plus qu'une telle mesure est déjà envisagée avec le PL C-7.

#### 6. *Une période d'attente spécifique entre la demande et l'administration de l'AMM*

Une période d'attente entre l'acceptation d'une demande d'AMM et son administration pourrait être une mesure de protection ayant pour objectif de valider que le souhait du patient d'obtenir l'AMM est constant, et non impulsif<sup>388</sup>. La loi actuellement en vigueur exige un délai de 10 jours entre l'acceptation de la demande et l'administration de l'AMM<sup>389</sup>; cette période pourrait être augmentée dans le contexte de l'AMMP. Le PL C-7 propose que cette période soit de 90 jours dans le contexte de l'AMM en l'absence de la MNRP<sup>390</sup>.

Encore une fois, une telle mesure de protection pourrait engendrer des souffrances additionnelles et inutiles chez les demandeurs d'AMM<sup>391</sup>. De plus, dans le cadre de l'étude de docteur Thienpont, abordée dans la section sur la situation à l'extérieur du Canada (section IV), 4% des personnes dont la demande d'AMM avait été approuvée sont mortes par suicide pendant la période d'attente<sup>392</sup>. Les conclusions de l'étude de docteur Thienpont sont donc pertinentes quant à cette question.

Nous sommes d'avis qu'il serait effectivement nécessaire de spécifier une période d'attente spécifique entre la demande et l'administration de l'AMMP, dans la mesure où une telle modalité est déjà prévue dans les cas actuellement en vigueur. Nous sommes d'avis que la période d'attente devrait être similaire, voire identique, à celle en vigueur pour l'AMM sans critère de MNRP.

---

<sup>387</sup> *Id.*

<sup>388</sup> *Id.*

<sup>389</sup> *Id.*

<sup>390</sup> *PL C-7, préc., note 229.*

<sup>391</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *préc.*, note 2, p. 206, art. 7(3.1) i).

<sup>392</sup> L. THIENPONT et al., *préc.*, note 321.

### 7. *L'obtention d'un consensus sur le caractère inutile de la poursuite des traitements*

Une autre mesure de sauvegarde proposée serait que le patient et le médecin s'entendent sur le caractère inutile de la poursuite des traitements.

La loi actuelle stipule toutefois que le soulagement des symptômes d'un patient n'est pas déterminé par la disponibilité d'un traitement efficace; l'acceptabilité du traitement et le caractère intolérable des souffrances pour le patient sont des critères déterminants pour l'application de la loi actuelle<sup>393</sup>. De tels éléments sont à la base même du consentement éclairé et du droit à l'autodétermination des patients. Ainsi, il serait fort surprenant de voir une telle mesure de sauvegarde apparaître au Canada.

Nous sommes d'avis qu'une telle mesure ne devrait pas faire partie d'une éventuelle législation sur l'AMMP.

### 8. *La déclaration et l'étude obligatoire des cas*

Une telle mesure de sauvegarde est déjà en vigueur au fédéral et au niveau du Québec. Du côté du Québec, la Commission sur les soins de fin de vie se charge de passer en revue tous les cas d'AMM administrés, alors que les médecins doivent soumettre un rapport à la Commission dans les 10 jours de l'administration<sup>394</sup>.

Le Groupe d'Halifax suggère toutefois l'ajout d'un processus d'examen des cas a posteriori par les pairs, et ce pour tous les cas pratiqués hors Québec (car la Commission œuvre déjà au Québec)<sup>395</sup>. Un tel processus d'examen serait en œuvre pour une période de 5 ans, pour tous les cas d'AMM concernant une maladie non mortelle, et aurait pour but d'assurer le respect des critères d'admissibilité<sup>396</sup>.

---

<sup>393</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2, p. 207.

<sup>394</sup> *Id.*, p. 209.

<sup>395</sup> GROUPE D'HALIFAX, préc., note 364, p. 30.

<sup>396</sup> *Id.*

Or, le plan ministériel 2020-2021 du gouvernement fédéral prévoit déjà la mise en œuvre d'un programme de surveillance de l'AMM au Canada<sup>397</sup>.

Considérant qu'une telle mesure de sauvegarde existe déjà pour l'AMM, elle devrait être conservée dans le contexte de l'AMMP.

#### 9. *Un critère spécifique quant à la réflexion*

Le Groupe d'Halifax recommande l'ajout d'un critère comme quoi la demande d'AMM d'un patient demandant l'AMM devrait être « bien réfléchi »<sup>398</sup>. Un tel critère ferait en sorte de protéger les individus contre une décision impulsive ou irréfléchi, et ce autant dans le contexte d'une maladie physique ou mentale<sup>399</sup>.

Le Groupe d'Halifax suggère toutefois qu'un tel critère soit clairement défini dans la loi, afin d'empêcher que le personnel traitant penche plutôt vers une évaluation de la décision d'un patient, afin de statuer s'il s'agit d'une bonne décision<sup>400</sup>.

La définition de ce critère mentionnerait que la personne doit avoir « mûrement réfléchi » à l'AMM, en se basant sur les informations disponibles, sur sa compréhension de sa maladie et de toutes les autres solutions possibles<sup>401</sup>. De plus, le personnel traitant participant à l'évaluation de la demande d'AMM doit être d'avis que l'individu maintiendrait son opinion quant à l'AMM si celle-ci ne lui était pas administrée<sup>402</sup>.

La législation néerlandaise comprend un tel critère, alors que le *Code d'euthanasie de 2018* affirme qu'une demande d'AMM doit être « bien réfléchi » en ce que la demande ne doit pas être impulsive, mais qu'elle doit plutôt être constante et répétée<sup>403</sup>. Le fait qu'un patient ait des doutes n'est pas considéré comme étant une contre-indication<sup>404</sup>.

---

<sup>397</sup>SANTÉ CANADA, *Plan ministériel*, préc., note 349.

<sup>398</sup> GROUPE D'HALIFAX, préc., note 364, p. 26.

<sup>399</sup> *Id.*

<sup>400</sup> *Id.*

<sup>401</sup> *Id.*

<sup>402</sup> *Id.*, p. 27.

<sup>403</sup> Ce critère ne fait toutefois pas partie d'une législation en tant que telle. *Id.*, p. 21.

<sup>404</sup> *Id.*, p. 22.

Plusieurs provinces canadiennes ont ajouté des directives supplémentaires en ce sens, à travers des guides émis par les ordres professionnels concernés<sup>405</sup>.

Du côté du GCE, le critère d'une décision réfléchie n'est pas suffisant et il devrait être assorti d'un critère requérant l'absence d'alternative raisonnable<sup>406</sup>. Un tel critère rejoindrait celui du caractère inutile de la poursuite des traitements, tel que discuté préalablement.

Nous sommes d'avis qu'une telle mesure de sauvegarde est intéressante, mais qu'elle n'est pas spécifique au cas de l'AMMP. Tel que mentionné, des directives supplémentaires sont déjà présentes dans certaines provinces pour s'assurer que la demande d'AMM d'un patient est mûrement réfléchie, et ce dans un contexte non psychiatrique. Une telle mesure pourrait être ajoutée pour tous les types d'AMM, mais nous sommes d'avis qu'elle n'a pas nécessairement besoin d'être incluse dans une législation; un tel critère pourrait passer par l'évaluation du personnel de la santé chargé d'évaluer la demande d'AMM d'un patient.

#### 10. *Un critère spécifique concernant la non-ambivalence de la décision*

Les experts du GCE sont d'avis qu'un tel critère devrait être ajouté dans le contexte des demandes d'AMM où la mort ne serait pas raisonnablement prévisible. Ces experts font notamment référence à un passage de l'arrêt *Carter* en première instance, où le juge Smith indique que l'AMM devrait être accessible aux individus « non ambivalents », en entendant que la non-ambivalence signifie une demande persistante et constante<sup>407</sup>. Les experts affirment également que dans le contexte du suicide, les individus qui tentent de se suicider sont ambivalents face à la mort<sup>408</sup>.

Nous sommes d'avis qu'une telle mesure de sauvegarde rejoint celle concernant la décision mûrement réfléchie. Une telle mesure devrait toutefois être étudiée, aux côtés de la précédente, lors d'un débat démocratique afin de cerner laquelle s'insérerait mieux dans une législation éventuelle; ceci serait toutefois applicable pour tout type d'AMM, non seulement pour l'AMMP.

---

<sup>405</sup> *Id.*, p. 21.

<sup>406</sup> GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS SUR L'AMM, préc., note 364, p. 27.

<sup>407</sup> *Id.*, p. 24.

<sup>408</sup> *Id.*



### 11. Conclusion quant aux mesures de sauvegarde envisageables

Ainsi, plusieurs mesures de sauvegarde mises de l'avant par les chercheurs pourraient être intéressantes dans une législation canadienne concernant l'AMMP. Nous retenons spécifiquement l'attention du lecteur sur les mesures de sauvegarde suivantes, sous réserve des commentaires formulés précédemment :

- L'ajout d'une consultation additionnelle en psychiatrie;
- Une formation spécifique offerte aux professionnels de la santé quant à l'AMMP;
- Un délai de réflexion entre la demande d'AMMP et l'administration de l'AMMP.

Certaines de ces mesures de sauvegarde existent déjà dans le contexte de l'AMM et pourraient simplement être adaptées pour l'AMMP. Nous retenons également qu'il s'agit de mesures de sauvegarde déjà en vigueur dans les législations où l'euthanasie pour cause de santé mentale est permise. De plus, tel que mentionné dans la section concernant la situation étrangère, il n'existe aucune preuve selon laquelle ces mesures ne seraient pas respectées ni de preuve quant à l'existence d'une pente glissante avec de telles mesures de sauvegarde.

Certaines mesures de sauvegarde pourraient faire l'objet de lignes directrices, sans pour autant être enchâssées dans une loi. Nous pensons notamment à la question d'une table ronde : un processus informel pourrait être prévu dans une ligne directrice, afin que l'équipe traitante puisse se rencontrer pour prendre le pouls quant aux différentes demandes d'AMM formulées. Idem pour la question de la réflexion et de la non-ambivalence : ces éléments pourraient se retrouver dans une ligne directrice et pas ne viser que la situation de l'AMMP.

Nous rappelons que ces mesures de sauvegarde ont déjà été proposées par des experts dans le contexte canadien; ainsi, des solutions ont déjà été proposées en vue de permettre la légalisation de l'AMMP. Nous sommes donc d'avis qu'un large débat d'expert n'est donc pas nécessaire à ce stade-ci et que l'AMMP pourrait être légalisée à ce moment-ci.

La prochaine section portera sur la mise en œuvre de la légalisation de l'AMMP et les conséquences d'un maintien de l'interdiction de l'AMMP.

## B. La légalisation de l'AMMP au Canada : la vraie réponse au jugement *Truchon*

Suivant le sens de la décision de la juge Baudoin dans l'arrêt *Truchon*, l'AMMP devrait dorénavant être permise au Canada, suivant la fin de la suspension de la prise d'effet du jugement et sous réserve des modalités définies par les gouvernements québécois et fédéral.

Dans son jugement, la juge Baudoin rappelle effectivement que la déclaration d'inconstitutionnalité du critère de MNRP ne fait pas en sorte de créer un vide juridique, mais plutôt de ramener l'état du droit à ce qu'il était suivant l'arrêt *Carter*<sup>409</sup>. La juge Baudoin rappelle également que suivant l'arrêt *Carter*, un débat législatif impressionnant a eu lieu et que les éléments de réponse sont déjà sur la table suivant ce premier débat<sup>410</sup>.

Ainsi n'eût été la *Loi fédérale*, l'AMMP aurait déjà été permise suivant l'arrêt *Carter*. Les éléments permettant de créer un texte législatif concernant l'AMMP sont déjà dans les mains du législateur, tel qu'il appert des nombreux rapports de comités qui ont été analysés dans le présent texte.

La juge Baudoin tire de telles conclusions après avoir étudié l'ensemble de la preuve présentée devant elle, laquelle contenait de nombreux éléments concernant l'AMMP. Suivant ce jugement, il est vrai qu'un débat législatif doit avoir lieu : celui-ci n'a toutefois pas à être aussi exhaustif que celui suivant l'arrêt *Carter*, car la question a déjà été étudiée. Elle peut toutefois permettre une concertation des législatures afin de s'assurer que la solution choisie sera uniforme entre le gouvernement fédéral et le Québec, tel que le suggère la juge Baudoin<sup>411</sup>.

### 1. L'AMMP vis-à-vis les critères d'admissibilité actuels

Tel que mentionné précédemment, le jugement *Truchon* permet l'accès à l'AMMP, dans la mesure où les patients remplissent tous les autres critères d'admissibilités. Par les présentes, nous proposons d'indiquer dans quelle mesure les patients atteints d'une maladie mentale sont susceptibles de remplir certains des critères d'admissibilités qui sont actuellement en vigueur au Canada et au Québec.

---

<sup>409</sup> *Truchon*, préc., note 7, par. 744.

<sup>410</sup> *Id.*

<sup>411</sup> *Id.*

- a) Le critère d'aptitude à consentir : la maladie mentale ne crée pas de présomption d'inaptitude

Conformément au *Code civil du Québec*, toute personne est présumée apte à exercer pleinement ses droits civils; ceci inclut l'aptitude à consentir à des soins et traitements de santé<sup>412</sup>. Au Québec, aucune loi ne définit l'aptitude à consentir<sup>413</sup>; les critères de la Nouvelle-Écosse, utilisés par les médecins dans l'évaluation de l'aptitude de leurs patients, ont toutefois été repris par la Cour d'appel du Québec dans la cause *Institut Philippe-Pinel c. A.G.*<sup>414</sup>.

L'aptitude à consentir s'apprécie en fonction de l'autonomie décisionnelle d'un individu, de sa compréhension et appréciation de ce qui est en jeu dans le contexte d'une décision à prendre<sup>415</sup>. Le niveau d'aptitude requis s'évalue également en fonction de la décision qui doit être prise<sup>416</sup>.

Plusieurs outils ont été développés afin de faciliter l'évaluation de l'aptitude par les différents professionnels de la santé, dont notamment les critères d'Appelbaum<sup>417</sup> et le MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)<sup>418</sup>.

Un diagnostic de maladie mentale n'entraîne pas automatiquement l'inaptitude de la personne<sup>419</sup>. En effet, tout patient est présumé apte à accepter ou refuser un traitement, jusqu'à

---

<sup>412</sup> Art 4 C.c.Q.

<sup>413</sup> Certaines provinces ont défini la notion d'aptitude et instauré des critères d'évaluation dans la loi. Voir notamment *consentement aux soins de santé (Loi de 1996 sur le)*, L.O., 1996, chap. 2.

<sup>414</sup> Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, par. 221. ; *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).

Les critères sont les suivants :

- 1) La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- 2) La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- 3) La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- 4) La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- 5) La capacité de comprendre de la personne est-elle « affectée » par sa maladie?

<sup>415</sup> *Id.*, par. 219.

<sup>416</sup> *Id.*, par. 220.

<sup>417</sup> Paul S APPELBAUM, « Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment », (2007) 357-18 *New England Journal of Medicine* 1834-1840. Voir le tableau 1, p. 1836.

<sup>418</sup> Thomas GRISSO, Paul S APPELBAUM et Carolyn HILL-FOTOUI, « The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions », (1997) 48-11 *Psychiatric Services* 1415-1419, en ligne : <<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.48.11.1415>>.

<sup>419</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 414, par. 232.

preuve du contraire à travers l'évaluation du psychiatre<sup>420</sup>. En ce qui concerne la maladie psychiatrique et le désir de mourir, il a été démontré qu'un individu souffrant de dépression sévère pouvait être apte à refuser un traitement, alors qu'il était apte à comprendre que ceci entraînerait son décès<sup>421</sup>.

b) Le critère de maladie grave et incurable / problématique de santé grave et irrémédiable : est-ce que la maladie mentale peut en faire partie?

Il existe plusieurs définitions de ce que serait une condition incurable et irrémédiable en santé mentale, faisant en sorte que selon certaines interprétations, une maladie mentale pourrait être incurable ou non<sup>422</sup>.

En effet, selon une définition générale, serait incurable une maladie dont on ne peut guérir<sup>423</sup>; mais qu'est-ce que la guérison dans le contexte des troubles mentaux?

Selon une telle rhétorique, une maladie mentale chronique pourrait être considérée comme étant incurable, puisqu'on ne peut généralement pas guérir d'une telle atteinte chronique<sup>424</sup>. L'incurabilité pourrait également correspondre à la résistance au traitement<sup>425</sup>.

Un patient peut être considéré comme souffrant d'une maladie psychiatrique « résistant au traitement » lorsque ses symptômes n'ont pas diminué significativement suivant une période d'essais et d'erreurs de traitements<sup>426</sup>. La résistance au traitement est toutefois controversée. Il s'agit d'une conclusion/analyse qui ne peut être formulée qu'en rétrospective; il est impossible

---

<sup>420</sup> Grainne NEILSON et Gary CHAIMOWITZ, « Informed Consent to Treatment in Psychiatry », (2015) 60-4 *Canadian Journal of Psychiatry* 1-11, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459249/>>.

<sup>421</sup> Voir, entre autres: M. D. SULLIVAN et S. J. YOUNGNER, « Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment », (1994) 151-7 *American Journal of Psychiatry* 971-978, en ligne : <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8010382/>>.

<sup>422</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2, p. 82.

<sup>423</sup> *Id.*, p. 79.

<sup>424</sup> *Id.*

<sup>425</sup> *Id.*

<sup>426</sup> *Id.*, p. 44.

de déterminer préalablement l'issue d'un cas, et la résistance au traitement ne permet pas de conclure que le cas d'un patient est sans espoir d'amélioration<sup>427</sup>.

La définition d'une résistance au traitement dépend du diagnostic de maladie mentale; dans le cas de la dépression, de l'anxiété et de la schizophrénie, un patient est considéré comme ayant une maladie résistante au traitement suivant une réponse inadéquate à au moins deux épisodes de traitements, avec un dosage adéquat et d'une durée d'au moins six semaines, avec des médicaments différents<sup>428</sup>. La réponse au traitement est évaluée selon le diagnostic : par exemple, dans le cas de la dépression majeure, une réponse adéquate consiste généralement en une diminution de 50% de la gravité des symptômes présentés par un patient<sup>429</sup>. Le concept de la résistance au traitement sous-tend que l'objectif est la « rémission ». Or, ceci n'est pas toujours possible, considérant la chronicité et la récurrence de certaines maladies psychiatriques<sup>430</sup>.

Le modèle de rétablissement est largement utilisé en santé mentale, et celui-ci implique que le rétablissement d'un individu se produit à travers une vie satisfaisante remplie d'espoir, et ce malgré les limites causées par les problématiques de santé mentale<sup>431</sup>. Ainsi, le rétablissement est considéré comme étant une expérience personnelle et unique et elle est différente selon chaque individu<sup>432</sup>. Selon ce modèle, les maladies psychiatriques ne seraient donc pas irrémédiables; par exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est d'avis que les maladies psychiatriques ne sont pas irrémédiables, mais qu'elles peuvent toutefois être graves ou intolérables<sup>433</sup>.

Il existe toutefois un consensus, basé sur de nombreuses études scientifiques, selon lesquelles certaines maladies psychiatriques seraient effectivement incurables. Tout d'abord, il est convenu

---

<sup>427</sup> De plus, le concept de résistance au traitement implique exclusivement la résistance aux traitements pharmacologiques et exclut d'autres traitements tels que la thérapie. *Id.*, p. 45.

<sup>428</sup> Koen DEMYTENAERE, « What is treatment resistance in psychiatry? A "difficult to treat" concept », (2019) 18-3 *World Psychiatry* 354-355, en ligne: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732672/>>.

<sup>429</sup> *Id.*

<sup>430</sup> *Id.*

<sup>431</sup> *Id.*, p. 80.

<sup>432</sup> CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, *Canadian Mental Health Association's Position Paper on Medical Assistance in Dying (MAID)*, Toronto, 2017, p. 6, en ligne : <<https://cmha.ca/wp-content/uploads/2017/09/CMHA-Position-Paper-on-Medical-Assistance-in-Dying-FINAL.pdf>>.

<sup>433</sup> *Id.*, p. 7.

que les troubles neurocognitifs, tels que la démence associée à l'Alzheimer, sont actuellement incurables<sup>434</sup>.

Dans le contexte de la dépression majeure, une étude STAR\*D conduite par le National Institute of Mental Health a indiqué que plus de 30% des patients n'avaient eu aucune réponse à de multiples essais de médication, et dans le cas de ceux qui avaient eu une réponse, jusqu'à 70% avaient eu une rechute dans un délai d'un an<sup>435</sup>. Des études similaires offrent des statistiques semblables pour de nombreuses autres maladies psychiatriques<sup>436</sup>. Par exemple, plus de 20% des patients souffrant d'anorexie en ont une forme très sévère et chronique malgré tout traitement<sup>437</sup>.

L'émergence d'une nouvelle sous-spécialité en psychiatrie, la psychiatrie palliative, démontre également que plusieurs maladies psychiatriques peuvent être incurables<sup>438</sup>. Les approches utilisées en psychiatrie palliative n'ont pas comme objectif la rémission de la maladie et peuvent avoir comme effet de raccourcir l'espérance de vie du patient, tout comme dans les soins palliatifs physiques<sup>439</sup>. Cette approche est utilisée dans le contexte de la schizophrénie résistante au traitement ou dans le cas de l'anorexie mentale sévère et chronique<sup>440</sup>. L'anorexie mentale est un cas frappant d'incurabilité potentielle, la maladie pouvant être si sévère que le décès du patient devient le scénario le plus probable, alors que les tentatives de gavage forcé du patient deviennent intolérables et futiles<sup>441</sup>.

---

<sup>434</sup> CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, préc., note 2, p. 82.

<sup>435</sup> Justine DEMBO, Udo SCHUKLENK et Jonathan REGGLER, « "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition », (2018) 63-7 *Canadian Journal of Psychiatry* 451-456, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6099778/>>.

<sup>436</sup> Jocelyn DOWNIE et Justine DEMBO, « Medical Assistance in Dying and Mental Illness under the New Canadian Law » (2016) 9 *Special Themes Issue II: Medical Assistance in Dying Journal of Ethics in Mental Health* 4, en ligne : <[https://jemh.ca/issues/v9/documents/JEMH\\_Open-Volume\\_Benchmark\\_Medical\\_Assistance\\_in\\_Dying\\_and\\_Mental\\_Illness\\_Under\\_the\\_New\\_Canadian\\_Law-Nov2016.pdf](https://jemh.ca/issues/v9/documents/JEMH_Open-Volume_Benchmark_Medical_Assistance_in_Dying_and_Mental_Illness_Under_the_New_Canadian_Law-Nov2016.pdf)>.

<sup>437</sup> *Id.*

<sup>438</sup> *Id.*

<sup>439</sup> Manuel TRACHSEL, Scott A. IRWIN, Nikola BILLER-ANDORNO, Paul HOFF et Florian RIESE, « Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks », (2016) 16-1 *BMC Psychiatry* 260, en ligne : <<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0970-y>>.

<sup>440</sup> *Id.*

<sup>441</sup> JOCELYN DOWNIE et J. DEMBO, préc., note 436, p. 4.

Ainsi, dans la mesure où l'on considère que la maladie mentale dont souffre un individu constitue une maladie grave et incurable, celui-ci pourra être admissible à l'AMM selon les critères actuellement en vigueur à la suite de l'arrêt *Truchon*. L'aptitude à consentir ne pose pas de problématique additionnelle non plus : il s'agit du même questionnement que pour tout autre patient.

L'AMMP pourrait donc avoir lieu selon les critères d'admissibilité actuellement en vigueur.

## 2. *Conséquences d'une interdiction complète de l'AMMP*

Le gouvernement fédéral a prévu, dans le PL C-7, que l'AMMP était expressément interdite et qu'elle serait étudiée pour éventuellement tirer des conclusions sur le sujet.

Nous soutenons que l'interdiction complète de l'AMMP, que ce soit en attente d'un débat éventuel ou pour toute autre raison, ne devrait pas avoir lieu d'être. L'AMMP devrait entrer en vigueur en même temps que l'AMM sans critère de MNRP, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous sommes d'avis que le présent texte démontre qu'il est possible de permettre l'AMMP tout en protégeant les individus souffrant d'une maladie mentale qui ne devraient pas y avoir accès<sup>442</sup>. Une interdiction pure et complète n'est pas nécessaire afin de protéger ces individus puisque de nombreuses mesures de sauvegarde sont déjà mises en place, et des mesures additionnelles pourraient également être implantées.

L'interdiction complète de l'AMMP, pour le seul motif qu'il s'agit d'une maladie mentale, renforce la stigmatisation envers la maladie mentale alors qu'on perpétue l'idée selon laquelle ces individus doivent être protégés contre leurs propres décisions, et qu'elles ne sont pas capables de décider pour eux-mêmes<sup>443</sup>.

De plus, il n'y a aucune raison de croire que les souffrances liées à certaines maladies mentales chez certains individus ne sont pas aussi intolérables que celles liées à des maladies physiques<sup>444</sup>.

---

<sup>442</sup> En l'occurrence, ceux qui sont inaptes à consentir à une telle procédure.

<sup>443</sup> GROUPE D'HALIFAX, préc., note 364, p. 25.

<sup>444</sup> *Id.*

Une exclusion de tous les cas d'AMMP, en raison de la teneur du diagnostic et non des capacités de l'individu à faire une telle demande, est discriminatoire. Il s'agirait d'une discrimination fondée sur le type de déficience dont souffre l'individu, en l'occurrence une maladie mentale. Rappelons que dans la cause *Truchon*, il était invoqué que le critère de MNRP causait une distinction entre les personnes atteintes d'une maladie grave et irrémédiable dont la mort était raisonnablement prévisible, et les personnes souffrant d'une maladie grave et irrémédiable, mais dont la mort n'était pas jugée raisonnablement prévisible<sup>445</sup>. La juge Baudoin avait alors confirmé que :

(...) le type de déficience physique dont souffrent les demandeurs, qui n'a pas pour effet de rendre leur mort naturelle raisonnablement prévisible, les empêche de choisir leur fin de vie alors que d'autres personnes aussi atteintes de déficiences physiques, mais dont la mort est proche peuvent en bénéficier en toute légalité.<sup>446</sup>

Les mêmes arguments pourraient être utilisés en faveur de l'AMMP, en affirmant une discrimination fondée sur l'article 15 de la *Charte canadienne*, soit une discrimination fondée sur le type de déficience : l'atteinte physique vs l'atteinte mentale. Il serait fort dommage de voir, à nouveau, des patients souffrant d'une maladie grave devoir saisir les tribunaux afin d'obtenir le droit de mourir en toute dignité.

### 3. *La légalisation de l'AMMP sans mesures de sauvegarde additionnelles : possibilité ou mirage?*

En annonçant que le Québec allait simplement laisser aller le critère de FDV sans modifier la LSFV, le gouvernement québécois proposait essentiellement une légalisation de l'AMMP sans imposer des mesures de sauvegarde additionnelles<sup>447</sup>.

Une telle avenue est effectivement possible : la preuve étudiée dans le présent essai démontre que les mesures de sauvegarde déjà mises en place au Canada, dans le contexte de l'AMM avec un critère de MNRP, sont essentiellement les mêmes que celles existant dans les législations où l'euthanasie pour cause de maladie mentale est permise<sup>448</sup>.

---

<sup>445</sup> *Truchon*, préc., note 7, par. 652.

<sup>446</sup> *Id.*, par. 662.

<sup>447</sup> Sous réserve des modifications potentiellement apportées à la *Loi fédérale*.

<sup>448</sup> À l'exception de certaines mesures de sauvegarde, dont notamment une consultation obligatoire en psychiatrie.



Nous sommes d'avis qu'il serait possible de légaliser l'AMMP sans faire de changements à la loi : en laissant simplement aller les critères de FDV et de MNRP. Par contre, nous faisons nôtres certains commentaires formulés suivant la décision du gouvernement du Québec, plus particulièrement ceux de madame Hivon<sup>449</sup>. La question de l'AMM est une question touchant à nos valeurs profondes, en tant qu'individus et en tant que société : un certain débat démocratique devrait donc avoir lieu afin de réellement statuer sur la question de savoir si des mesures de sauvegarde additionnelles devraient être implantées ou non.

4. *Comparaison entre l'AMMP et les autres « perspectives » s'offrant aux gens souffrant d'une maladie mentale : refus de traitement et cessation d'alimentation et d'hydratation*

Le présent essai a porté sur l'AMMP, ses critiques et la façon dont elle pourrait être légalisée au Canada. Or, nous ne pouvons passer sous silence certaines autres « options » s'offrant aux individus désirant mettre fin à leurs jours sans passer par l'AMM<sup>450</sup>. Ces avenues s'offrent à tout individu, peu importe qu'il souffre d'une maladie mentale ou physique, dans la mesure où il est apte à consentir.

Nous faisons allusion, tout d'abord, au refus de traitement : en effet, un individu peut cesser un traitement alors que ceci mènera à son décès. Nous pensons notamment au cas d'un individu qui cesse sa dialyse alors qu'elle est nécessaire à sa vie; son décès suivra sous peu<sup>451</sup>. Dans un tel contexte, l'équipe traitante valide que le patient est apte à consentir à une telle décision et si elle l'est, la décision du patient est respectée. Ceci se produit, peu importe si l'individu est atteint d'une maladie mentale ou non : dans la mesure où l'individu n'est pas inapte et que les critères de l'aptitude à consentir sont remplis, la décision est respectée.

---

<sup>449</sup>RADIO-CANADA, « Véronique Hivon veut un débat sur l'aide médicale à mourir pour les cas en santé mentale », *Radio-Canada.ca*, 22 janvier 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/tout-un-matin/segments/entrevue/152021/aide-medical-mourir-elargissement-critere-veronique-hivon>>.

<sup>450</sup> Notamment dans des juridictions où l'AMM n'est pas légalisée.

<sup>451</sup>Dominique PATTE, Jean-Pierre WAUTERS et Françoise MIGNON, « Réflexions à propos de l'arrêt des traitements par dialyse », (2001) 120-2 *Études sur la mort* 47-56, en ligne : <<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-2-page-47.htm>>.

Lorsqu'un refus de traitement n'est pas possible<sup>452</sup>, il existe la cessation volontaire d'hydratation et d'alimentation (ci-après « **CVHA** »). Cette procédure est disponible, que le patient souffre d'une maladie psychiatrique ou physique, dans la mesure où l'on détermine que le patient est apte à y consentir. Cette procédure a lieu dans des États américains où l'AMM n'est pas permise<sup>453</sup>; elle a également lieu, au Canada, dans des cas où la personne n'est pas admissible à l'AMM<sup>454</sup>.

La CVHA consiste, purement et simplement, à cesser volontairement de s'alimenter et de s'hydrater avec l'intention première de précipiter son décès, alors que l'individu est aux prises avec une souffrance inacceptable et persistante<sup>455</sup>. Il s'agit d'une procédure incroyablement souffrante et douloureuse, autant pour le patient que pour ses proches<sup>456</sup>. Il s'agit d'une procédure dont la durée varie d'un cas à l'autre, pouvant durer jusqu'à 14 jours; si le patient s'hydrate, même un tout petit peu, le processus peut durer des mois<sup>457</sup>. Cette procédure a été longuement expliquée par le docteur Timothy Quill<sup>458</sup> dans le cadre du procès *Truchon*<sup>459</sup>.

Nous nous questionnons sur la différence entre l'AMM, le refus de traitement et la CVHA dans le contexte de la maladie psychiatrique : nous sommes d'avis que la seule différence réside dans l'implication du professionnel de la santé dans la procédure.

---

<sup>452</sup> Lorsque la vie d'un individu ne dépend pas d'un traitement médical.

<sup>453</sup> Timothy E. QUILL, « Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED), Physician-Assisted Death (PAD), or Neither in the Last Stage of Life? Both Should be Available as a Last Resort », (2015) 13-5 *Annals of Family Medicine* 408-409, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569445/>>. ; *Truchon*, préc., note 7, par. 350.

<sup>454</sup> On peut penser, notamment, au cas de madame Fatima Gossa, laquelle n'était pas admissible à l'AMM, car son état de santé était stable. Cela n'était toutefois pas un cas de santé mentale. Philippe TEISCEIRA-LESSARD, « Une fin «cruelle» pour une femme paralysée », *La Presse*, 20 août 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/2020-08-20/une-fin-cruelle-pour-une-femme-paralysee.php>>.

<sup>455</sup> Andrea RODRÍGUEZ-PRAT, Cristina MONFORTE-ROYO et Albert BALAGUER, « Ethical Challenges for an Understanding of Suffering: Voluntary Stopping of Eating and Drinking and the Wish to Hasten Death in Advanced Patients », (2018) 9 *Frontiers in Pharmacology*, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884867/>>.

<sup>456</sup> T. E. QUILL, préc., note 453.

<sup>457</sup> *Truchon*, préc., note 7, par. 346.

<sup>458</sup> Le docteur Quill est un professeur de gériatrie, de soins palliatifs et d'éthique à l'Université de Rochester dans l'État de New York.

<sup>459</sup> *Truchon*, préc., note 7, par. 344 et ss.

Dans tous les cas, l'objectif est le décès de l'individu<sup>460</sup>. Dans le cas de la CVHA, la fin est longue et douloureuse ; dans le cas de l'AMM, la procédure ne prend que quelques minutes<sup>461</sup>. Le rôle du médecin dans le cadre de la CVHA est indirect, alors que le médecin pose un geste actif avec l'AMM<sup>462</sup>.

La question de l'aptitude à consentir chez les patients demandant l'AMM, un refus de traitement et la CVHA est la même : des cas de CVHA ont été présentés devant les tribunaux afin d'obtenir un jugement déclaratoire afin que le professionnel de la santé respecte la volonté du patient, alors qu'il était apte à consentir à un tel refus de traitement<sup>463</sup>. De toute façon, il existe une mesure de sauvegarde, de par la loi, si le refus de traitement ou le refus d'alimentation du patient s'avérait une composante de sa maladie psychiatrique, et qu'il est donc inapte à consentir : la demande pour autorisation de soins<sup>464</sup>.

Le refus de traitement et la CVHA ne font pas l'objet d'une législation particulière, comme c'est le cas pour l'AMM avec la Loi fédérale et la LSFV. Or, le refus de traitement et la CVHA sont des options disponibles aux patients atteints d'une maladie mentale, alors que l'AMM ne l'est pas. Nous espérons que le lecteur saisit l'absurdité de l'interdiction de l'AMMP alors qu'un individu souffrant d'une maladie mentale peut, s'il est apte, procéder à un refus de traitement ou à une CVHA pour mettre fin à ses jours, alors qu'il s'agit de procédures longues et douloureuses, autant pour le patient que pour ses proches.

## V. CONCLUSION

À la lumière de ce qui précède, force est de constater que l'AMM dans le contexte d'une maladie psychiatrique ne devrait pas être traitée indépendamment des autres types d'AMM.

Tel que démontré dans la section portant sur ce qu'est une maladie psychiatrique, une telle maladie n'est pas incommensurablement différente d'une maladie physique. Il s'agit d'une

---

<sup>460</sup> T. E. QUILL, préc., note 453.

<sup>461</sup> *Id.*

<sup>462</sup> *Id.*

<sup>463</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284, en ligne : <<http://canlii.ca/t/g905x>>.

<sup>464</sup> Article 16 C.c.Q.

maladie comportant ses défis, notamment en ce qui concerne l'établissement d'un diagnostic, la certitude d'un pronostic et l'aptitude à consentir des patients. Par contre, les professionnels de la santé sont aptes à surmonter ces défis et ils arrivent à poser un diagnostic et à obtenir un pronostic dans la grande majorité des cas. En ce qui concerne l'évaluation de l'aptitude à consentir des patients, les professionnels de la santé ont les connaissances afin de conduire une évaluation adéquate. Il est donc erroné de constamment distinguer les maladies psychiatriques des maladies physiques.

Le Québec, dans la LSFV, a tout d'abord décidé de ne légiférer que sur la question de la fin de vie, et ce par nécessité : l'article 241(b) du C.cr. était toujours en vigueur et c'était la solution choisie afin de ne pas s'y heurter. Au niveau fédéral, en réponse à l'arrêt *Carter 2015*, le gouvernement fédéral a préféré édicter le critère de MNRP afin d'éviter de se positionner quant à l'AMMP. Et ce, malgré que les comités précédant l'élaboration du PL C-14 confirmaient que l'AMMP faisait partie des types d'AMM permis par le jugement *Carter 2015*, et qu'un éventuel projet de loi devrait adresser cette situation. Avec le critère de MNRP, le gouvernement fédéral a préféré se mettre la tête dans le sable, en attendant une malheureuse contestation judiciaire du critère par des citoyens.

Le présent essai, nous l'espérons, démontre adéquatement qu'on peut se fier à la situation étrangère, plus particulièrement aux cas des Pays-Bas et de la Belgique, pour confirmer qu'il est possible de légiférer sur l'AMMP sans crainte l'avènement d'une pente glissante. Les mesures mises en place sont respectées par les professionnels de la santé dans ces législations, et les cas problématiques se sont révélés n'être que des exceptions.

Nous pouvons également nous baser sur l'expérience canadienne à ce jour pour démontrer que le Canada est exempt de pente glissante dans le contexte de l'implantation actuelle de l'AMM. Les professionnels de la santé respectent la réglementation en place, et dans le cas contraire les pénalités sont graves : suspension possible de leur permis de pratique, procédure criminelle, peine d'emprisonnement. Un professionnel de la santé n'est pas près de tenter un tel écart sous peine de vivre des pénalités assez importantes sur sa vie professionnelle et personnelle.

Ainsi, nous sommes d'avis qu'il ne faut pas attendre pour légiférer sur l'AMMP. Des mesures de sauvegarde peuvent être mises en place afin de rassurer la population. Le présent essai dénombre plusieurs mesures de sauvegarde pouvant être implantées avec succès.

Nous trouvons important de noter que ces propositions de mesures de sauvegarde ne datent pas d'hier. Le débat a déjà eu lieu : à travers le débat concernant le PL C-14, à travers les réflexions de divers organismes comme le CCA, etc. Un nouveau débat, en long et en large, n'est pas nécessaire. Tel que le rappelait l'honorable juge Baudoin dans la décision *Truchon*, les solutions sont déjà sur la table. Selon notre humble opinion, le seul débat devant avoir lieu est un débat de société : quelles mesures de sauvegarde, parmi celles énumérées, sont réellement nécessaires? Lesquelles serviront les objectifs nommés sans pour autant brimer la liberté des gens qui sont admissibles à demander l'AMM?

En effet, la situation actuelle brime les droits de cette population : ceux souffrant d'une maladie psychiatrique, qui remplissent tous les critères, mais dont on ne veut pas permettre l'accès, sous crainte d'une possible, peu probable, situation d'abus.

Les opposants à l'AMMP crient à la protection des personnes dites « vulnérables ». Or, la preuve présentée dans le présent essai, que ce soit concernant la situation étrangère ou la situation canadienne à ce jour, est à l'effet qu'il existe des mesures de protection adéquates pour protéger les personnes qui sont réellement dans une situation de vulnérabilité. Aller à l'encontre de la volonté d'une personne apte, admissible à l'AMM sous prétexte qu'elle est une personne « vulnérable » infantilise l'individu et brime ses droits. C'est ce qui est arrivé dans la décision *Truchon*; c'est ce qui va malheureusement arriver aux gens souffrant d'une maladie psychiatrique si on continue d'interdire l'AMM pour crainte d'une éventuelle « pente glissante ». De plus, nous adoptons la définition de la vulnérabilité proposée par l'honorable juge Baudoin dans l'arrêt *Truchon* : la vulnérabilité, c'est l'incapacité à consentir.

Tel que mentionné dans la section précédente, nous sommes surpris par l'ampleur des critiques face à l'AMMP, et face à l'AMM au début de celle-ci, alors que des procédures s'apparentant à l'AMM existent depuis des lunes. Tel qu'expliqué précédemment, nous faisons allusion au refus

de traitement et à la CVHA, deux procédures s’offrant aux patients, peu importe s’ils souffrent d’une maladie physique ou mentale, dans la mesure où ils sont aptes à y consentir.

Or, les opposants à l’AMMP pour seule cause de maladie mentale ne semblent pas s’ériger contre cette procédure. Aucun débat public n’a lieu concernant la CVHA ou le refus de traitement; aucune pièce d’opinion dans les journaux, aucune pétition ne demande à ce que les gens souffrant d’une maladie psychiatrique ne puissent plus y avoir accès.

L’AMM fait dorénavant partie de la gamme de soins proposés aux patients admissibles, ne souffrant pas d’une maladie psychiatrique. Par contre, la seule solution qui demeure disponible pour les gens souffrant d’une maladie psychiatrique, c’est le refus de traitement ou la CVHA. Nous avons établi, dans la section préalable, que la question de l’aptitude à consentir est la même, que ce soit pour l’AMM, le refus de traitement ou la CVHA.

Ainsi, pourquoi y a-t-il tant de débats concernant l’AMMP? Nous vivons dans une société qui tente par tous les moyens de déstigmatiser les problématiques de santé mentale<sup>465</sup>. Or, nous continuons à distinguer la maladie psychiatrique et la maladie physique dans des questionnements aussi importants que celui de l’AMM, lequel porte sur une question fondamentale à chaque être humain : notre mort. Il serait grand temps que notre société prenne conscience que les gens souffrant d’une maladie psychiatrique ne sont pas si différents de ceux souffrant d’une maladie physique : ils sont malades et ils souffrent. Dans ce sens, il faudrait être en mesure, en tant que société, de leur offrir des soins égaux. Il serait déplorable qu’un individu souffrant d’une maladie psychiatrique ait besoin de faire le même chemin de Croix que M. Truchon et Mme Gladu afin d’obtenir l’admissibilité à un soin auquel il est techniquement déjà admissible... l’histoire ne devrait pas devoir se répéter.

---

<sup>465</sup> Voir notamment les multiples politiques de santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

## TABLE DE LA LÉGISLATION

*Textes constitutionnels*

*Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)]

*Textes fédéraux*

*Code criminel*, L.C. 1985, c. C-46

*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, L.C. 2016, c. 3, en ligne : <[https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016\\_3/TexteCompleet.html](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2016_3/TexteCompleet.html)>

*Textes ontariens*

*Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, L.O., 1996, chap. 2

*Textes québécois*

*Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ c S-32.0001, en ligne : <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>>

*Textes étrangers*

*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide], Wet van 1 April 2001, *Staatsblad* 2001, 194, en ligne : <<https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-euthanasie-pays-bas-20010412-en-fr.pdf>>

28 mai 2002, *Loi relative à l'euthanasie*, *Moniteur belge* 22 juin 2002, p. 28515, en ligne : <[http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22\\_1.pdf#Page16](http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2002/06/22_1.pdf#Page16)>

*Projets de loi fédéraux*

*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, projet de loi n°C-14, (première lecture 14 avril 2016), 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis. (Can)

*Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, projet de loi n°C-7 (première lecture le 24 février 2020), 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., (Can.), en ligne : <<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/43-1/projet-loi/C-7/premiere-lecture>>

### *Projets de loi québécois*

*Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi n°52 (présentation - 12 juin 2013), 1<sup>re</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis. (Qc), en ligne : <<http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-52-40-1.html>>.

### *Débats législatifs fédéraux*

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 22 avril 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-45/debats>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 2 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/046/HAN046-F.PDF>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 17 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Motions d'amendement », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/057/HAN057-F.PDF>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 20 mai 2016, « Initiatives ministérielles. Le Code criminel », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Content/House/421/Debates/060/HAN060-F.PDF>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., 16 juin 2016, « Initiatives ministérielles. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)* », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/chambre/seance-74/debats>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., 26 février 2020, « Ordres émanant du gouvernement. Le Code criminel », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/chambre/seance-24/debats>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Débats de la Chambre des communes*, 1<sup>e</sup> sess., 43<sup>e</sup> légis., 27 février 2020, « Ordres émanant du gouvernement. Le Code criminel », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/chambre/seance-25/debats>>

CANADA, SÉNAT, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., fascicule n°8, 4 mai 2016, en ligne : <<https://sencanada.ca/fr/Content/SEN/Committee/421/lcjc/08ev-52539-f>>



CANADA, SÉNAT, *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles*, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., fascicule n°8, 6 juin 2016, en ligne : <<https://sencanada.ca/fr/Content/SEN/Committee/421/lcjc/10ev-52666-f>>

### *Débats législatifs québécois*

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de l'Assemblée*, 1<sup>e</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis., 12 juin 2013, « Présentation de projets de loi – Projet de loi n°52 », en ligne : <[http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/40-1/journal-debats/20130612/85513.html#\\_Toc358894662](http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/40-1/journal-debats/20130612/85513.html#_Toc358894662)>

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente de la santé et des services sociaux*, 1<sup>e</sup> sess., 40<sup>e</sup> légis., 17 septembre 2013, « Consultations particulières sur le projet de loi n°52 – Loi concernant les soins de fin de vie », en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-40-1/journal-debats/CSSS-130917.html>>

## TABLE DE LA JURISPRUDENCE

### *Jurisprudence de la Cour suprême du Canada*

*Carter c. Canada (Procureur général)*, 2015 CSC 5, en ligne : <<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do>>

*Carter c. Canada (Procureur général)*, 2016 CSC 4, en ligne : <<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/15696/index.do>>

*R. c. Morgentaler*, [1988] 1 RCS 30

*Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 519 RCS

### *Jurisprudence canadienne*

*A.A. (Re)*, 2016 BCSC 570

*A.B. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 1912

*A.B. v. Ontario (Attorney General)*, 2016 ONSC 2188

*Canada (Attorney General) v. E.F.*, 2016 ABCA 155

*Carter v. Canada (Attorney General)*, 2012 BCSC 886, en ligne : <<http://canlii.ca/t/frpws>>

*Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435, en ligne : <<http://canlii.ca/t/g0x9p>>

*C.D. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2431

*E.F. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2790

*H.H. (Re)*, 2016 BCSC 971

*Hs (Re)*, 2016 ABQB 121

*I.J. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3380

*M.N. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3346

*O.P. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 3956

*Patient v. Attorney General of Canada et al.*, 2016 MBQB 63

*Patient 0518 v. RHA 0518, Physician A0518 and Physician C0518*, 2016 SKGB 176

*Tuckwell (Re)*, 2016 ABQB 302

*W.V. v. Canada (Attorney General)*, 2016 ONSC 2302

#### *Jurisprudence québécoise*

*Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284, en ligne : <<http://canlii.ca/t/g905x>>

*C.V. et Trudel*, 2020 QCCS 1717, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j80nm>>

*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.)

*Payette c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 1604, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j7ws2>>

*Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j2bzl>>

*Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 772, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j5s9g>>

*Truchon c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 2019, en ligne : <<http://canlii.ca/t/j8j67>>

*Trudeau c. Procureur général du Canada*, 2020 QCCS 1863 en ligne : <<http://canlii.ca/t/j8bv1>>

#### DOCTRINE

#### *Monographies et ouvrages collectifs*

KOURI, R. et S. PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017

### *Chapitres d'ouvrages*

LEMMENS, T., « The Conflict Between Open-ended Access to Physician-Assisted Dying and the Protection of the Vulnerable: Lessons from Belgium's Euthanasia Regime in the Post-Carter Era », dans *Les grands conflits en droit de la santé: Les rencontres en droit de la santé*, 1, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016.

PHILIPS-NOOTENS, S., R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA, « Le consentement restreint et le refus de traitement », dans *Éléments de responsabilité médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4<sup>e</sup> édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, EYB2016RCM22 (La référence)

### *Articles de revue et études*

APPELBAUM, P.S., « Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment », (2007) 357-18 *New England Journal of Medicine* 1834-1840

BATTIN, M. P., A. VAN DER HEIDE, L. GANZINI et G. VAN DER WAL, « Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups », (2007) 33-10 *Journal of Medical Ethics* 591-597, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652799/>>

BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, JOHAN LEGEMAATE, AGNES VAN DER HEIDE, HANS VAN DELDEN, KIRSTEN EVENBLIJ, INSSAF EL HAMMOUD, H. ROELINE W. PASMEN, CORETTE PLOEM, ROSALIE PRONK, SUZANNE VAN DE VATHORST et DICK WILLEMS, *Derde evaluatie — Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [Third Review of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act]*, coll. ZonMw, La Haye, The Netherlands Organisation for Health Research and Development, 2017, en ligne : <<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/23/derde-evaluatie-wet-toetsing-levensbeëindiging-op-verzoek-en-hulp-bij-zelfdoding>>

DEMBO, J., U. SCHUKLENK et J. REGGLER, « "For Their Own Good": A Response to Popular Arguments Against Permitting Medical Assistance in Dying (MAID) where Mental Illness Is the Sole Underlying Condition », (2018) 63-7 *Canadian Journal of Psychiatry* 451-456, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6099778/>>

DEMYTTENAERE, K., « What is treatment resistance in psychiatry? A "difficult to treat" concept », (2019) 18-3 *World Psychiatry* 354-355, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732672/>>

DOWNAR, J., R. A. FOWLER, R. HALKO, L. D. HUYER, A. D. HILL et J. L. GIBSON, « Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study », (2020) 192-8 *Canadian Medical Association Journal* E173-E181, en ligne : <<https://www.cmaj.ca/content/192/8/E173>>

DOWNIE, J., et J. DEMBO, « Medical Assistance in Dying and Mental Illness under the New Canadian Law » (2016) 9 *Special Themes Issue II: Medical Assistance in Dying Journal of Ethics in Mental Health* 4, en ligne : <[https://jemh.ca/issues/v9/documents/JEMH\\_Open-Volume\\_Benchmark\\_Medical\\_Assistance\\_in\\_Dying\\_and\\_Mental\\_Illness\\_Under\\_the\\_New\\_Canadian\\_Law-Nov2016.pdf](https://jemh.ca/issues/v9/documents/JEMH_Open-Volume_Benchmark_Medical_Assistance_in_Dying_and_Mental_Illness_Under_the_New_Canadian_Law-Nov2016.pdf)>

EVENBLIJ, K., H. R. W. PASMANS, R. PRONK et B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, « Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists », (2019) 19-1 *BMC Psychiatry* 74, en ligne : <<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>>

GRIFFITHS, J., « Assisted Suicide in the Netherlands: The Chabot Case », (1995) 58-2 *The Modern Law Review* 232, 234-235, en ligne : <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-2230.1995.tb02006.x>>

GRISIO, T., P. S. APPELBAUM et C. HILL-FOTOUHI, « The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions », (1997) 48-11 *Psychiatric Services* 1415-1419, en ligne : <<http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.48.11.1415>>

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services » (2012) 6 *Surveillance des maladies chroniques*, p. 1, en ligne : <[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf)>

KIM, S. Y. H., R.G. De VRIES et J. R. PETEET, « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », (2016) 73-4 *JAMA Psychiatry* 362-368, en ligne : <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2491354>>

NEILSON, G., et G. CHAIMOWITZ, « Informed Consent to Treatment in Psychiatry », (2015) 60-4 *Canadian Journal of Psychiatry* 1-11, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459249/>>

PATTE, D., J.-P. WAUTERS et F. MIGNON, « Réflexions à propos de l'arrêt des traitements par dialyse », (2001) 120-2 *Études sur la mort* 47-56, en ligne : <<https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-2-page-47.htm>>

PECKHAM, E.L., et M. HALLETT, « Psychogenic Movement Disorders », (2009) 27-3 *Neurological Clinics*, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749352/>>

QUILL, T.E., « Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED), Physician-Assisted Death (PAD), or Neither in the Last Stage of Life? Both Should be Available as a Last Resort », (2015) 13-5 *Annals of Family Medicine* 408-409, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569445/>>

RIETJENS, J. A. C., P. J. VAN DER MAAS, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, J. J. M. VAN DELDEN et A. VAN DER HEIDE, « Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and

What Questions Remain? », (2009) 6-3 *Journal of Bioethical Inquiry* 271, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>>

RODRÍGUEZ-PRAT, A., C. MONFORTE-ROYO, et A. BALAGUER, « Ethical Challenges for an Understanding of Suffering: Voluntary Stopping of Eating and Drinking and the Wish to Hasten Death in Advanced Patients », (2018) 9 *Frontiers in Pharmacology*, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5884867/>>

SULLIVAN, M. D. et S. J. YOUNGNER, « Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment », (1994) 151-7 *American Journal of Psychiatry* 971-978, en ligne : <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8010382/>>

THIENPONT, L., M. VERHOFSTADT, T. Van LOON, W. DISTELMANS, K. AUDENAERT et P. P. De DEYN, « Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study », (2015) 5-7 *BMJ Open*, en ligne : <<https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454>>

TRACHSEL, M., S. A. IRWIN, N. BILLER-ANDORNO, P. HOFF et F. RIESE, « Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks », (2016) 16-1 *BMC Psychiatry* 260, en ligne : <<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0970-y>>

VERHOFSTADT, M., K. VAN ASSCHE, S. STERCKX, K. AUDENAERT et K. CHAMBAERE, « Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making », (2019) 64 *International Journal of Law and Psychiatry* 150-161, en ligne : <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252719300068>>

### *Documents d'organismes canadiens*

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, *Canadian Mental Health Association's Position Paper on Medical Assistance in Dying (MAID)*, Toronto, 2017, en ligne : <<https://cmha.ca/wp-content/uploads/2017/09/CMHA-Position-Paper-on-Medical-Assistance-in-Dying-FINAL.pdf>>

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie: Document de réflexion*, Collège des médecins du Québec, 2009, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-10-01-fr-medecin-soins-appropries-debat-euthanasie.pdf>>

CONSEIL DES ACADÉMIES CANADIENNES, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué: Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*, Ottawa, Conseil des académies canadiennes, 2018, en ligne : <<https://rapports-cac.ca/wp-content/uploads/2019/02/L%E2%80%99%C3%A9tat-des-connaissances-sur-l%E2%80%99aide-m%C3%A9dicale-%C3%A0-mourir-lorsqu%E2%80%99un-trouble-mental-est-le-seul-probl%C3%A8me-m%C3%A9dical-invoqu%C3%A9.pdf>>

GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS SUR L'AMM, *Le Canada a la croisée des chemins: Recommandations concernant l'aide médicale à mourir pour les personnes ayant un trouble mental. Une critique*

*fondée sur les données probantes du rapport du Groupe d'Halifax pour l'IRPP.*, Toronto, 2020, en ligne : <<https://static1.squarespace.com/static/5e3dcbbaafb4d851392a9298f/t/5e4843fbbc62bd1912483ded/1581794301960/Critique+du+rapport+IRPP+et+recommandations-13fev-FINALEdoi.pdf>>

GROUPE DE TRAVAIL EN ÉTHIQUE CLINIQUE, *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*, Collège des médecins du Québec, 2008, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2008-10-01-fr-pour-des-soins-appropries-au-debut-tout-au-long-et-en-fin-de-vie.pdf>>

### *Documents gouvernementaux canadiens*

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2015, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html#s1e>>

CANADA, SÉNAT ET CHAMBRE DES COMMUNES, *L'aide médicale à mourir: une approche centrée sur le patient - Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir*, Premier rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., février 2016, en ligne : <<https://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/PDAM/rapport-1>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Projet de loi C-14, Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, Deuxième rapport du Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 1<sup>e</sup> sess., 42<sup>e</sup> légis., mai 2016, en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/JUST/rapport-2/>>

COMITÉ EXTERNE SUR LES OPTIONS DE RÉPONSE LÉGISLATIVE À CARTER C. CANADA, *Consultations sur l'aide médicale à mourir: Résumé des résultats et des principales consultations*, 2015, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/amm-pad/amm.pdf>>

COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec: Du 10 décembre 2015 au 31 mai 2018*, Québec, Publications du Québec, 2019

GOUVERNEMENT DU CANADA, *Contexte législatif: aide médicale à mourir (projet de loi C-14)*, Ottawa, Sa Majesté la Reine du chef du Canada 2016, en ligne : <[http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_acquisitions\\_list-ef/2016/16-18/publications.gc.ca/collections/collection\\_2016/jus/J4-41-2016-fra.pdf](http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2016/16-18/publications.gc.ca/collections/collection_2016/jus/J4-41-2016-fra.pdf)>

GROUPE CONSULTATIF PROVINCIAL-TERRITORIAL D'EXPERTS SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, *Rapport final*, 2015, en ligne : <[http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport\\_20151214\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/eagreport_20151214_fr.pdf)>

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, « Rapport de ce que nous avons entendu: Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir », Ottawa, mars 2020, en ligne : <<https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/cqnae-www/index.html>>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'incapacité: le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2019, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437/>>

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Commission spéciale Mourir dans la dignité: Rapport*, Assemblée Nationale du Québec, Rapport de la Commission spéciale Mourir dans la dignité, mars 2012, en ligne : <<http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2103522>>

SANTÉ CANADA, *2020–21 Plan ministériel : Santé Canada*, Canada, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 10 mars 2020, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2020-2021-rapport-plans-priorites.html>>

SANTÉ CANADA, *Quatrième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, Canada, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, avril 2019, en ligne : <[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2019/sc-hc/H14-230-4-2019-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H14-230-4-2019-fra.pdf)>

#### *Documents internationaux*

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE, *Huitième rapport annuel aux Chambres législatives années 2016 - 2017*, Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 2018, en ligne : <[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8\\_rapport-euthanasie\\_2016-2017-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf)>

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, *Code d'Euthanasie 2018: Code de déontologie en matière d'euthanasie, un éclairage de la pratique du contrôle*, La Haye, 2018, en ligne : <<https://english.euthanasiacommissie.nl/documents/publications/euthanasia-code/euthanasia-code-2018/euthanasia-code-2018/code-de-euthanasie-2018>>

COMMISSIONS RÉGIONALES DE CONTRÔLE DE L'EUTHANASIE, *Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie - Rapport 2018*, jaarverslag, Rotterdam, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019, en ligne : <<https://english.euthanasiacommissie.nl/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>>

#### *Articles de journaux*

BELLEROSÉ, P., « Aide médicale à mourir: dans un vide juridique », *Le Journal de Québec*, 28 janvier 2020, en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2020/01/28/dans-un-vide-juridique>>

BOFFEY, D., « Dutch doctor acquitted in landmark euthanasia case », *The Guardian*, 11 septembre 2019, en ligne : <<https://www.theguardian.com/world/2019/sep/11/dutch-court-clears-doctor-in-landmark-euthanasia-trial>>

BRYDEN, J., « Aide à mourir: des experts craignent une tâche plus difficile pour les médecins », *La Presse*, 26 février 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-02-26/aide-a-mourir-des-experts-craignent-une-tache-plus-difficile-pour-les-medecins>>

CASERT, R., « Belgian court acquits 3 doctors in landmark euthanasia case », *CTV News*, 31 janvier 2020, en ligne : <<https://www.ctvnews.ca/health/belgian-court-acquits-3-doctors-in-landmark-euthanasia-case-1.4791611>>

FLEURY, É., « Aide à mourir: un renvoi à la Cour d'appel du Québec réclamé par six ordres professionnels », *Le Soleil*, 15 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/actualite/justice-et-faits-divers/aide-a-mourir-un-renvoi-a-la-cour-dappel-du-quebec-reclame-par-six-ordres-professionnels-1cf24e301f21da46cd8134b859f3ca17>>

LACOURSIÈRE, A., « AMM pour les gens atteints de maladie mentale: la population sera consultée », *La Presse*, 23 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-23/amm-pour-les-gens-atteints-de-maladie-mentale-la-population-sera-consultee>>

LACOURSIÈRE, A., « Aide médicale à mourir et santé mentale: Québec recule », *La Presse*, 27 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-01-27/aide-medicale-a-mourir-et-sante-mentale-quebec-recule>>

LAGACÉ, P., « L'aide médicale à mourir pour troubles mentaux? », *La Presse*, 22 janvier 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/2020-01-22/l-aide-medicale-a-mourir-pour-troubles-mentaux>>

LEBLOND, G., « Procès Truchon–Gladu: Québec complice d'Ottawa », *Le Soleil*, 10 janvier 2019, en ligne : <<https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/proces-truchongladu-quebec-complice-dottawa-da2ec4069018dd8362f6a9409b3ca1e8>>

LECOMTE, A.-M., « Aide médicale à mourir : Ottawa et Québec ne vont pas en appel », *Radio-Canada.ca*, 3 octobre 2019, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1329478/quebec-aide-medicale-mourir-jugement-cour-supreme-pas-appel>>

LEDUC, L., « Les lois fédérale et provinciale contestées », *La Presse Plus*, 15 juin 2017, en ligne : <[http://plus.lapresse.ca/screens/9b836753-fa98-41ab-b66e-5e449cf5683f\\_\\_7C\\_\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/9b836753-fa98-41ab-b66e-5e449cf5683f__7C__0.html)>

MARQUIS, M., « Aide à mourir: Québec devra «clairement» adapter sa loi, dit Barrette », *La Presse*, 20 juin 2016, en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201606/20/01-4993765-aide-a-mourir-quebec-devra-clairement-adapter-sa-loi-dit-barrette.php>>

PARÉ, P., « Six ordres professionnels demandent un appel sur l'aide à mourir », *Le Devoir*, 6 décembre 2016, en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/486444/aide-a-mourir-six-ordres-professionnels-demandent-un-renvoi-en-cour-dappel>>

RIOUX, C., « Un procès sur l'aide à mourir déchire la Belgique », *Le Devoir*, 30 janvier 2020, en ligne : <<https://www.ledevoir.com/monde/europe/571801/le-proces-qui-dechire-la-belgique>>



SALVET, J.-M., « Aide médicale à mourir: Barrette perd face à Vallée », *Le Soleil*, 16 novembre 2017, en ligne : <<https://www.lequotidien.com/actualites/politique/aide-medicale-a-mourir-barrette-perd-face-a-vallee-f905c37c0211e2f800104061d6f67211>>

STEFFENS, E., « Euthanasie : La famille de Tine Nys introduit un pourvoi en Cassation contre l'acquittement des trois médecins », *VRT NWS*, 18 février 2020, en ligne : <<https://www.vrt.be/vrtnws/fr/2020/02/18/euthanasie-la-famille-de-tine-nys-introduit-un-pourvoi-en-cass/>>

SYMONS, X., « Belgian euthanasia doctor faces criminal charges », *BioEdge*, 31 octobre 2015, en ligne : <<https://www.bioedge.org/bioethics/belgian-euthanasia-doctor-faces-criminal-charges/11635>>

TEISCEIRA-LESSARD, P., « Une fin «cruelle» pour une femme paralysée », *La Presse*, 20 août 2020, en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/2020-08-20/une-fin-cruelle-pour-une-femme-paralysee.php>>

#### *Sites internet*

BARREAU DU QUÉBEC, « Demande d'un renvoi à la Cour d'appel », *Le Barreau du Québec*, 29 janvier 2015, en ligne : <<https://www.barreau.qc.ca/fr/actualites/memoires-enonces-positions/demande-renvoi-cour-appel/>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, « Vote Detail - 76 - Députés - Chambre des communes du Canada », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Members/fr/votes/42/1/76>>

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, « JUST - Accueil - Chambre des communes du Canada », en ligne : <<https://www.noscommunes.ca/Committees/fr/JUST>>

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Aide médicale à mourir : le Collège recommande une harmonisation des lois », *Collège des médecins du Québec*, 20 juin 2016, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/aide-medicale-a-mourir-college-recommande-harmonisation-lois.aspx>>

DH Les SPORTS+, « Procès euthanasie: les trois médecins accusés du meurtre de Tine Nys ont été acquittés, applaudissements dans la salle », *DH Les Sports +*, 31 janvier 2020, en ligne : <<https://www.dhnet.be/actu/belgique/proces-euthanasie-les-trois-medecins-accuses-du-meurtre-de-tine-nys-ont-ete-acquittes-5e33ae279978e23487ff13f3>>

FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN, « Interruption de la vie sur demande chez les patients souffrant d'un trouble mental », *Federatie Medisch Specialisten*, 9 janvier 2018, en ligne : <[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging\\_op\\_verzoek\\_psychiatrie/startpagina\\_-\\_levensbe\\_indiging\\_op\\_verzoek.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html)>

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE, « L'euthanasie en psychiatrie », *Nederlandse Vereniging Voor Psychiatrie*, en ligne : <<https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/euthanasie-in-de-psychiatrie>>

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC, « Harmonisation des lois québécoise et fédérale sur l'aide médicale à mourir », *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, 24 février 2017, en ligne : <<https://www1.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/harmonisation-des-lois-quebecoise-et-federale-sur-laide-medicale-a-mourir/>>

LA LIBRE.BE, « Un nouveau procès au civil contre le médecin qui a euthanasié Tine Nys », *La Libre.be*, 15 septembre 2020, en ligne : <<https://www.lalibre.be/belgique/judiciaire/un-cas-d-euthanasie-devant-les-assises-la-cour-de-cassation-decide-d-un-nouveau-proces-5f60b8b1d8ad58621913f347>>

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, « Le gouvernement du Canada propose des modifications à la loi sur l'aide médicale à mourir », *Justice.gc.ca*, 24 février 2020, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2020/02/le-gouvernement-du-canada-propose-des-modifications-a-la-loi-sur-laide-medicale-a-mourir.html>>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Élargissement de l'aide médicale à mourir - Le ministre Barrette propose des mesures pour alimenter la réflexion », MSSSS - Salle de presse, 24 mars 2017, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1286/>>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Cause Truchon-Gladu – Le gouvernement du Québec ne portera pas le jugement en appel », MSSSS - Salle de presse, 3 octobre 2019, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1931/>>

PARLEMENT DU CANADA, « C-14: Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir): Historique du projet de loi », *LEGISinfo*, en ligne : <<https://www.parl.ca/LegisInfo/BillDetails.aspx?Language=f&Mode=1&billId=8177165>>

QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, « Conférence de presse de Mme Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux et Mme Sonia LeBel, ministre de la Justice », 21 janvier 2021, en ligne : <<http://www.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-56949.html>>

RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : Barrette et Hivon soulignent le leadership du Québec », *Radio-Canada.ca*, 6 février 2015, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/705672/cour-supreme-aide-medicale-mourir-reax>>

RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : Ottawa va plus loin que Québec, souligne le ministre Barrette », *Radio-Canada.ca*, 14 avril 2016, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/775922/aide-medicales-mourir-barrette-gaetan-fin-de-vie-raisonnablement-previsible>>

RADIO-CANADA, « Aide médicale à mourir : deux Québécois contestent les lois devant la Cour supérieure », *Radio-Canada.ca*, 7 janvier 2019, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1145322/aide-medicales-mourir-proces-jean-truchon-nicole-gladu-avocat-jean-pierre-menard>>

RADIO-CANADA, « Véronique Hivon veut un débat sur l'aide médicale à mourir pour les cas en santé mentale », *Radio-Canada.ca*, 22 janvier 2020, en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/tout-un-matin/segments/entrevue/152021/aide-medical-mourir-elargissement-critere-veronique-hivon>>

REGIONAL EUTHANASIA REVIEW COMMITTEES, « Annual reports - The committees - Regional Euthanasia Review Committees », Regional Euthanasia Review Committees, 27 décembre 2016, en ligne : <<https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports>>

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, « Euthanasie – Chiffres de l'année 2019 », *Santé Publique*, 3 mars 2020, en ligne : <<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>>

THE WORLD FEDERATION OF RIGHT TO DIE SOCIETIES, « Belgian physician dismissed of legal proceedings », *The World Federation of Right to Die Societies*, 6 mai 2019, en ligne : <<https://www.worldrtd.net/news/belgian-physician-dismissed-legal-proceedings>>

Yves ROBERT, « L'aide médicale à mourir (AMM) : une réflexion collective en évolution », *Collège des médecins du Québec*, 23 janvier 2020, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/l-aide-medicale-a-mourir-une-reflexion-collective-en-evolution.aspx>>